أثر العلاج التعبيري في تطوير مهارات التواصل والتوافق لدى مدمني المخدرات

إعداد

صفية عبد الرحيم محمود شعار

المشرف

الدكتور جلال كايد ضمرة

أستاذ مساعد

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات منح درجة الماجستير في تخصص الإرشاد الأسري

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا في الجامعة الهاشمية

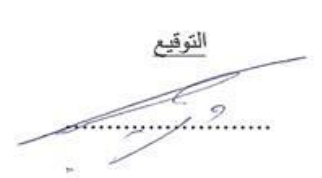
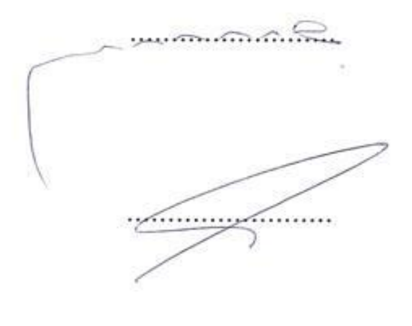
الزرقاء – الأردن

15 / 2014/4م

ب

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة والموسومة بـ أثر العلاج التعبيري في تطوير مهارات التواصل والتوافق لدى مدمني المخدرات " بتاريخ ٢٠١٤/٤/١٥.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور . جلال كايد ضمرة، مشرفا أو رئيسا أستاذ مساعد، ارشاد نفسي تربوي الجامعة الهاشمية	
الأستاذ الدكتورة سهام درويش أبو عيطة، عضوا أستاذ، ارشاد نفسي تربوي الجامعة الهاشمية	
الدكتورة جهاد محمود علاء الدين، عضوا أستاذ مشارك، ارشاد نفسي تربوي الجامعة الهاشمية	
الدكتورة نايفة حمدان الشوبكي، عضوا خارجيا أستاذ مساعد، ارشاد نفسي تربوي جامعة البلقاء التطبيقية	

الإهداء

إلى أمي الحبيبة

وإلى روح أبي كصدقة جارية كلما انتفع بها إنسان

وإلى اختي نصفي المضيء "سهير" والى اخوتي الأعزاء "أكرم

وطارق وحمزة ومحمد"

وعمي العزيز أحمد الشعار

وإلى ابنتي الغالية

"مريـــــم"

أهدي ثمرة جهدي

شكر وتقدير

أشكر الله لإتمامي هذه الأطروحة... ولم تكن بجهود فردية إنما كانت بجهود جماعية ومن لم يشكر الناس لا يشكر الله. وأخص بالشكر الدكتور جلال ضمرة، ولجنة المناقشة، وأستاذتي الدكتورة سهام أبو عيطة، والدكتورة جهاد علاء الدين، والدكتور معتصم العكور، والدكتورة سعاد غيث، والدكتورة رندة محاسنة، والدكتور يحيى نصار، والدكتور روبين، الدكتورة جميلة دعباس، والأخت العزيزة آسيا حويطات، ونادرة حجازين، ومحار حمايدة.

إن شكري وتقديري قليلا بحقهم ... ولكن كتابة أسمائهم في رسالتي هي بمثابة وسام شرف، وقلادة أزين بها صدر رسالتي... وأفتخر أنني تعاملت معهم وأخص بالذكر المقدم مازن قبلان والرائد غيث الصمادي والوكيل حمزة الفراية والوكيل أشرف شقيرات والمرتب صلاح وصهيب وليث. فلهم مني جزيل الشكر والتقدير، والمجموعة التي اشتركت معي بالبرنامج، ولا أنسى تقديم الشكر العميق لأسرة قسم علم النفس التربوي بالجامعة الهاشمية لما قدموه لي من محصلة علمية أستنير بها في دروب حياتي، والتقدير والاحترام إلى الأساتذة المحكمين الذين تفضلوا بتحكيم أدوات الدراسة.

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
قائمة الجداول	و
قائمة الملاحق	ز-ح
الملخص باللغة العربية	ط
الفصل الأول: مقدمة الدراسة والإطار النظري	2-43
الفصل الثاني: الدراسات السابقة	45-55
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	57-66
الفصل الرابع: النتائج	68-72
الفصل الخامس: مناقشة النتائج	74-78
قائمة المراجع والمصادر العربية والأجنبية	80-92
الملاحق	94-152
الملخص باللغة الإنجليزية	154

قائمة الجداول

الرقم	اسم الجدول	**الصفحة**
الجدول (1)	قيم معاملات الارتباط (ألفا كرونباخ) لأبعاد مقياس مهارات الاتصال ببعديها اللفظي وغير اللفظي وللمقياس ككل	**60**
الجدول (2)	قيم معاملات الارتباط (ألفا كرونباخ) لأبعاد مقياس مهارات التوافق بأبعاده الأربع وللمقياس ككل	**62**
الجدول (3)	ملخص لجلسات البرنامج العلاجي التعبيري	**64**
الجدول (4)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي تبعاً لمتغير المجموعة	**68**
الجدول (5)	نتائج تحليل التباين التغاير المصاحب (one way ANCOVA) لمقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي	**69**
الجدول (6)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التوافق في القياسين القبلي والبعدي تبعاً لمتغير المجموعة	**71-70**
الجدول (7)	نتائج تحليل التباين التغاير المصاحب (one way ANCOVA) لمقياس التوافق في القياسين القبلي والبعدي تبعا لمتغير المجموعة	**72-71**

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	أفراد المجموعة التجريبية من حيث (العمر، ونوع المادة التي يتعاطاها، والمدة الزمنية للإدمان)	94
2	أفراد المجموعة الضابطة من حيث (العمر، ونوع المادة التي يتعاطاها، والمدة الزمنية للإدمان)	95
3	مقياس مهارات التواصل بصورته الأولية	100–96
4	مقياس مهارات التواصل بصورته النهائية	103–101
5	مقياس التوافق النفسي بصورته الأولية	106–104
6	مقياس التوافق النفسي بصورته النهائية	109–107
7	البرنامج العلاج التعبيري	148–110
8	ورقة عمل (1) مراحل الإدمان	119–117
9	ورقة عمل (2) مراحل الإدمان	122–120
10	رسوم المدمنين خلال برنامج العلاج التعبيري	144–139
11	التنسيق مع مركز علاج الإدمان	149
12	البروتوكول (الاتفاقية بين الباحثة والأعضاء)	152–150

13	أسماء المحكمين للمقياس والبرنامج العلاجي	153

الملخص

أثر العلاج التعبيري في تطوير مهارات التواصل والتوافق لدى مدمني المخدرات

إعداد

صفية عبد الرحيم محمود شعار

المشرف

الدكتور جلال كايد ضمرة

أستاذ مساعد

هدفت الدراسة الحالية اختبار فاعلية برنامج علاجي تعبيري في تطوير مهارات التواصل والتوافق، لدى عينة من المدمنين المقيمين في مركز علاج الإدمان المتواجد في منطقة عرجان في عمان–الأردن، تم اختيار أفراد الدراسة (ن=24) بطريقة قصدية ممن تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين. وقد تكونت المجموعة التجريبية من (12) مدمناً، و(12) مدمناً في المجموعة الضابطة.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم إعداد مقياس التواصل، واستخدام مقياس التوافق النفسي، وتم إعداد برنامج جمعي وفق العلاج التعبيري، والمكون من (10) جلسات، وللتحقق من أسئلة الدراسة تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب لكل متغير من متغيرات الدراسة.

وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي القائم على استخدام الأنشطة التعبيرية، في تحسين مهارات التواصل بنوعيها، اللفظي وغير اللفظي، وتحسين مهارات التوافق للمدمنين.

وانتهت الدراسة لمجموعة توصيات أهمها: إجراء مزيد من الدراسات الهادفة إلى استقصاء العلاج التعبيري للمدمنين المراهقين، تعميم استخدام البرامج العلاجية القائمة على العلاج التعبيري في مراكز علاج إساءة استخدام المواد المخدرة، ضرورة أن تشتمل البرامج العلاجية للمدمنين على إشراك أفراد الأسرة فيها لتعم الفائدة بشكل أشمل للمدمنين المقيمين في مراكز المعالجة.

كلمات مفتاحية: العلاج التعبيري؛ مهارات التواصل؛ التوافق؛ مدمنو المخدرات.

الفصل الأول

مقدمة الرسالة والإطار النظري

الفصل الأول

مقدمة الدراسة والإطار النظري

لقد ازداد إدراك المجتمع الأردني منذ مطلع التسعينيات من القرن العشرين لخطورة ظاهرة تنامي المخدرات وبداية التحول لاحقاً من مجتمع مرور إلى مجتمع انتشار (الخزاعلة، 2003؛ الدرابسة، 1997؛ الطويسي، النصيرات، المعاني، وكريشان، 2013). ولم يعد استخدام المخدرات مقتصراً على فئة معينة من المجتمع الأردني، فلقد أصبح كابوساً يهدد جميع الأفراد، إذ أن سهولة الحصول عليه، وقلة سعر بعض أنواع منه، والأفكار السلبية والخاطئة حول تأثيراته الإيجابية، وسوء استخدام وصفات طبية صُرفت أصلاً لغايات علاجية، ومشكلات في مهارات الحياة الأساسية، ساهمت بشكل ملحوظ بازدياد عدد المدمنين في العالم ككل، وفي الأردن بشكل خاص.

ولم تعد مشكلة الإدمان على العقاقير الخطرة والمخدرات والاعتماد عليها تهدد فئة عمرية محددة، بل أصبحت من المشكلات الرئيسة التي تواجه جميع فئات المجتمع في الوقت الحاضر، وهي آفة تنتشر بين الشباب والشابات، الكبار والصغار، الفقراء والأغنياء، على الرغم من أن المراهقين والشباب هم من أكثر الفئات العمرية عرضة للوقوع في هذا البلاء، وذلك لضعف تجربتهم في الحياة (Cosden, 2001).

ويشكل الاتجاه النفسي والمعرفي عاملاً أساسياً في فهم الدوافع التي تقف خلف سلوك الفرد؛ وبالتالي أحد الدوافع النوعية وراء انتشار ظاهرة المخدرات وسط المدمنين عليها، وتكمن أهمية العوامل النفسية في قدرتها على تشكيل سلوك الفرد (الطويسي وآخرون، 2013، ص. 279)؛ فكلما كان الاتجاه قوياً كان له أثر أكبر في توجيه وتحديد اتجاهات السلوك (حمدي،

1999) حيث ترتبط الاتجاهات النفسية المحركة للأفراد بالمعتقدات الدينية والانتماء وترتبط بالعديد من المؤشرات الثقافية والحضارية (السعد، 1992).

وتفسرُ نظرية التعلم الاجتماعي أسباب وخلفيات تعلم السلوك غير الآمن مثل التعاطي، ويتم من خلال التعلم الملحوظ وبالخبرة المباشرة من خلال عمليات التنظيم الذاتي، وتقدم نظرية الفرصة (Opportunity Theory) تفسيرها للسلوك الطائش لدى الشباب من خلال التركيز على التحليل البيئي، حيث تتيح السياقات فرصاً عديدة للانحراف Fleson & Clark, 1998, p.) 92) ، فالفرصة شرط أساسي لحدوث المخالفة. وعلى هذا الأساس يمكن تطبيق المبادئ العامة لهذه النظرية في بروز الانحراف نحو تعاطي المخدرات حيث تعتمد هذه الفرصة على الوقت والسياق وعلى حركة الحياة اليومية، والسلوك الطائش الذي يولد فرصاً لتوليد سلوك طائش آخر، كما تشكل المنتجات أحد أكثر مظاهر إغراء للسلوك الطائش (Fleson (Clark, 1998, p. 94 &، المشار إليه في الطويسي، النصيرات، المعاني، وكريشان، 2013، ص.279).

ولا يخفى أن المخدرات تفسد عقل متعاطيها، وبسبب السيطرة التي تفرضها على المدمن فإنه يبذل قصارى جهده للحصول على المخدرات، فيصل ليضحي بالرخيص والغالي، فيصبح من المنحرفين في المجتمع، فنجد عنده موت الشخصية، وإتلاف للمال، وإفساد للشباب وحرمان المجتمع من مساهمتهم في بنائه، وانتشار الرذيلة، وانتشار الجرائم (ملحم، 2014).

ويعتبر موضوع الإدمان على المخدرات من المواضيع المقلقة، بالنسبة للأفراد والمجتمعات، حيث يتم استخدام المخدرات استخداماً سلبياً منذ نشوء الحضارات على الكرةِ الأرضية، ويؤدي الاستخدام الطويل للمخدرات إلى إدمان الجسم عليها، بحيث لا يستطيع الفرد العيش بدونها. ما يجعل المخدرات تصبح عائقا كبيراً يعترض المسار النمو والتطور النفسي والاجتماعي والجسدي

والصحي السوي، وقد بين الكثير من العلماء خطورة المخدرات وما لها من آثار نفسية على المدمنين، مثل تدني مستويات التكيف النفسي والقصور في مهارات التواصل (Coviello, Zanis & Lynch, 2004) المشار إليه في قواقنة (2008).

ويؤكد الباحثان زيمرمان وموتون (Zimmerman and Moton, 1992) في دراستهم على المراهقين المدمنين، إلى ضعف تكيفهم مع ذواتهم، وإلى عدم شيوع أنماط السلوك الاجتماعي الإيجابية لديهم مثل الهوايات والعلاقات الاجتماعية الإيجابية مع المحيط الاجتماعي الذي يحيون فيه بصورة منتظمة وسوية، ما يزيد من ميلهم للتعاطي كطريقة للتوافق وللتكيف الاجتماعي والشخصي، وأن سبل الوقاية تبدأ من تدريبهم على المشاركة المنتظمة في الأنشطة ذات الطابع الأسري والأكاديمي والمهني والديني بشكل منتظم.

وتشير دراسة أبو درويش (1996) التي هدفت بها للتعرف على مستوى تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى المدمنين في الأردن، إلى أنَ الأشخاص المدمنين يعانون من مستويات مرتفعة من تدني تقدير الذات والشعور بالوحدة.

وللتعرف على العوامل الشخصية والمهارات الاجتماعية، والمعتقدات الشخصية، والإنجاز المدرسي، والعلاقات الأسرية الهامة والمصاحبة والتي يمكن أن تزيد من مستوى استخدام المخدرات لدى المراهقين، أجرى ويليامز وآيريس (Williams and Ayers, 1999)دراسة على عينة تكونت من (567) مراهقاً من المدمنين على المخدرات، وتم طرح سؤالين على أفراد العينة وهما إذا تعاطيت الكحول والمخدرات دون موافقة والديك هل تعاقب؟ وإذا دخنت الماريجوانا هل تعاقب؟ وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك ضعفاً في المهارات الاجتماعية والمهارات المدرسية وفي

العلاقات الأسرية وشبكة العلاقات الإجتماعية وضعفاً في التواصل مع الآخرين لدى الأفراد المدمنين.

وللتعرف على بعض الخصائص البنائية والوظيفية لأسر مدمني المخدرات، أجرى عزوز (2005) دراسة على (120) مدمناً، في مركز فرانتز فانون في الجزائر. ولقد كشفت الدراسة أن فقدان أحد الوالدين، والطلاق، والهجر، والانفصال، هي أحد أسباب الإدمان، وأن هناك علاقة وثيقة دالة بين التفكك الأسري وبين عمر التعاطي، وأن هناك علاقة بين أساليب التنشئة الاجتماعية وبين التعاطي والإدمان على المخدرات. وتؤكد دراسة أخرى (Simons & Robertson, 1989) ، أيضاً على دورِ الأساليب الوالدية وعلاقات الأقران والقدرة على التعامل مع المواقف الموترة في تحديد إحتمالية اللجوءِ لإستخدام المخدرات والإدمان عليها.

كما أشارت نتائج دراسة الطويسي وآخرين (2013) التي أجريت بهدفِ التعرف على اتجاهات الشباب في محافظة معان بجنوبي الأردن حول المخدرات، على عينة حجمها (538) شاباً، وتوصلت إلى أن أكثر فئات الشباب تعاطياً هم العاطلون عن العمل (26.6%)، ثم طلبة الجامعات (12.1%)، وأن أكثر الجهات التي يثق بها الشباب في الحد من انتشار المخدرات هم رجال الدين ودائرة مكافحة المخدرات ومعلمو المدارس، وأن أكثر الوسائل التي يراها الشباب فعّالة في الحد من انتشار ظاهرة المخدرات هي تطبيق القانون الصارم بحق بائعي المخدرات ومروجيها.

ولا يعد الإدمان على المخدرات مشكلة اجتماعية فحسب، إنما مشكلة اقتصادية لها تبعات وخسائر على الفرد والمجتمع (حسن، 2013؛ الخزاعلة، 2003؛ الدرابسة، 1997)، إذ تدفع المخدرات المدمن للتضحية بكل ما يملك للحصول على المادة، هذا بالإضافة للأضرار التي تلحق المدمن فيما يتعلق بصحته النفسية وتوافقه وقدرته على التواصل مع الآخرين، الأمر الذي يشير

إلى أنَ هناك ضرورة بالغة للتركيز على البحوث التي تتعلق بالمخدرات والمدمنين، وبفحصِ فاعلية البرامج الوقائية والعلاجية لهذه الفئة السكانية.

مشكلة الإدمان على المخدرات في الأردن

يتعرض المجتمع الأردني كغيره من المجتمعات سواء العربية منها أو غير العربية لمشكلة المخدرات وتعاطيها، لكن مع الاختلاف في حجم المشكلة ونوعية المواد المخدرة التي يتم استهلاكها. ولم تكن هذه الظاهرة معروفة في المجتمع الأردني في النصف الأول من القرن العشرين، لكنها بدأت في الظهور بصورة قليلة في بداية الخمسينيات، فبعد تطور الحياة ووسائل التواصل بصورها المتعددة، أصبحت مشكلة تعاطي المخدرات في الأردن من أهم المشكلات الواجب التصدي لها والتي تتطلب تضافرا للعديد من الجهود الاجتماعية والقانونية والأمنية والتربوية. وقد استهدفت المخدرات المجتمع الأردني كونه يقع على خط سير تجار المخدرات بسبب موقعه المتوسط ما بين الدول المنتجة والدول المستهلكة، وبذلك أصبح المجتمع الأردني محط اهتمام المهربين، وطريقا رئيساً لا غنى عنه للمشتغلين بهذه المواد ناقلين وحائزين ومروجين. وإذا كان ينظر إلى الأردن على أنه ممر للمواد المخدرة، فإن الخوف من احتمال بقاء هذه المواد خلال عملية العبور ومحاولة ترويجها يبقى أمراً وارداً لا يمكن إغفاله، ليتحول المجتمع الأردني من ممر للمخدرات إلى مقر لها (المشاقبة، 2007).

ويبدو أن أعداد المتعاطين في الأردن بازدياد مستمر، وفقا لآخر الإحصاءات، فالفروق في النسب واضحة بين عام وآخر في إحصاءات المؤسسات الرسمية، ناهيك عمّن هم لا يزالون في الشوارع وقد نجحوا في الفرار بفعلتهم، وتابعوا تدمير غيرهم من الشباب. وبالرغم من البعض يسعى

لطمأنة المجتمع بأن النسب الموجودة في الأردن "عادية" قياسا بعدد السكان، إلا أن عددا من المراقبين يصرّون على أن ما يقع بالقبضة الأمنية لا يتجاوز "ربع" عدد المتعاطين الحقيقي.

وبلغ عدد الأشخاص المضبوطين بقضايا المخدرات (8945) شخصا خلال العام الماضي 2013 ، منهم (1154) شخصا بقضايا اتجار و(7791) حيازة وتعاطي مواد مخدرة. وأشارت البيانات ذاتها إلى أن عدد الأردنيين المضبوطين وصل إلى (7809) مواطنين، وغير أردنيين (1136) شخصاً (جريدة العرب اليوم، الاثنين، 2014/1/13).

إن التفاقم السريع لمشكلة المخدرات من كآفة جوانبها فرض تحديات متزايدة حيث أصبح لزاماً على الأجهزة والمؤسسات الرسمية التيُ تكافح هذه الآفة أن تطور أساليبها في محاربة هذه الآفة حتى تواكب هذه الهجمة الشرسة من تجار المخدرات الذين يسعون وبكافة الوسائل إلى نشرها في مجتمعات المنطقة. وقد ترجمت هذه الاستجابة المبكرة بشكل علمي بإنشاء مركز علاج وتوقيف المدمنين عام 1993 ليكون أول مركز متخصص لهذه الغاية في الأردن من نوعه عالمياً حيث كان المركز ومنذ تأسيسه ملاذاً آمناً يقدم الخدمة العلاجية لمدمني المؤثرات العقلية بشكل عام.

وفي عام 2000 خطت إدارة مكافحة المخدرات خطوة رائده في إطلاق برنامج توعوي موجه إلى أكثر الفئات اختطاراً في المجتمع الأردني ثُم توسع هذا البرنامج ليشمل معظم شرائح المجتمع الأردني. وقد نجحت الإدارة في تطوير وسائل هذا البرنامج وأشركت في هذا المجهود كافة المؤسسات الرسمية والشعبية لتساهم وبشكل فاعل في الحد من انتشار تعاطي المخدرات عن طريق التوعية والوقاية وقد ظهرت النتائج الايجابية لهذا البرنامج خصوصاً في التناقص النسبي لتعاطي المواد المخدرة الأكثر خطورةً كمادة الهروين.

واستطاع المركز النجاح والاستمرار وكان من أهم أسباب ذلك أنه أستثمر الخبرات المتراكمة لدى إدارة مكافحة المخدرات والتي كانت على أكبر قدر من المعرفة حول جوانب المشكلة وعلى إطلاع عميق بمعاناة المدمنين وأسرهم وقد تمكن المركز من تحقيق المعادلة الصعبة حيث التقى رجل الأمن والطبيب لتتكاثف جهودهم لتحقيق هدف سامي وهو الأخذ بيد المدمن للوصول إلى شاطئ الأمان وتحقيق تعافيه من هذه الآفة الخطرة ومتابعته بشكل مستمر لضمان استمرار هذا التعافي بشكل نهائي.

وتعتبر مشكلة المخدرات من أكبر التحديات التي باتت تواجه الأجهزة الأمنية، وهي مشكلة حقيقية يتزايد حجمها من فترة لفترة دولياً وإقليمياً وعربياً، وفي الأردن دأبت مديرية الأمن ومن خلال إدارة مكافحة المخدرات على العملِ لمحاربة آفة الإدمان على المخدرات من خلالِ ثلاثة أطر متوازية:

الأول: الوقاية، حيث يتم العمل على التوعية لمختلف فئات المجتمع بكافة الأساليب التي تتناسب مع مختلف الأعمار والثقافات.

ثانياً: المكافحة، من خلال الاستمرار في تطوير وتدريب الكوادر العاملة على تحقيق الهدف، وهو ضبط المواد المخدرة، والحيلولة دون وصولها للأراضي الأردنية.

ثالثاً: العلاج، حيث تم إنشاء مركز لعلاج المدمنين منذ عام 1993، ويستخدم أحدث أساليب العلاج الطبي من خلال الكوادر الطبية والتأهيلية والنفسية والاجتماعية المختلفة (المنيزل، 2014). ويهدف المركز إلى علاج وتأهيل مدمني ومتعاطي المخدرات من خلال برنامج علاجي متكامل.

مركز علاج وتأهيل مدمني ومتعاطي المخدرات

لقد كان الهدف الأول للعاملين في إدارة مكافحة المخدرات التابعة لمديرية الأمن العام في الأردن، قبل عشرين عام، ضبط التجار والمروجين والمتعاطين، ولكن مع ذلك فإنَ آلية العمل كانت توجه لمصلحة المدمنين. فقد منحت المادة الرابعة من قانون عام 1988 المدمن حق العلاج دون إقامة دعوى الحق العام عليه، أي دون إحالته إلى القضاء في المحكمة، وباستثناءِ المركز الوطني للطب النفسي/ الفحيص، لم يكن هناك مركز متخصص لعلاج المتعاطين والمدمنين على المخدرات. وبدأت فكرة إنشاء مركز علاج وتأهيل مدمني ومتعاطي المخدرات كمركز متخصص لعلاج الإدمان في منتصف عام 1993، ويعتمد المركز في إطار تحقيق أهدافه في علاج الإدمان على برنامج علاجي متكامل يشمل: البرنامج الطبي الدوائي والنفسي، وبرنامج إعادة التأهيل السلوكي، إذ بينت إحصائيات لعام (2011)، علاج (421) مدمن، وفي عام (2012) تم علاج (578) مدمن، وفي عام (2013) تم علاج (599) مدمن (مقابلة، 2014).

وللوقاية جاءت مديرية الأمن العام بالتشبيك مع عدة مؤسسات لتحقيق أكبر قدر من وصول التوعية لكافة الشرائح ومنها:

- **وزارة التربية والتعليم:** وتتضمن تضمين مناهج الصفوف المدرسية مواضيع خاصة لآفة المخدرات وخطورتها.

- **وزارة التعليم العالي:** بتضمين منهاج العلوم العسكرية في كافة الجامعات، بمختلف التخصصات.

- **وزارة الصحة:** بتنظيم ورش عمل مختلفة سنويا لتبادل المستجدات حول المخدرات.

- **المجلس الأعلى للشباب:** بتدريب المشرفين على الأنشطة من خلال دورات وورش خاصة بالمخدرات.

- **جائزة الحسن:** بتضمين كافة مراحل الجائزة، أنشطة مناسبة للأعمار بإقامة مسرحيات تحت إشراف ضباط إدارة مكافحة المخدرات.

- **وزارة الأوقاف:** من خلال إلقاء المحاضرات ورأي الدين في موضوع المخدرات.

- **وزارة الإعلام:** بتنظيم حملات إعلامية مستمرة مع مختلف وسائل الإعلام.

- دورة أعوان مكافحة المخدرات.

- **إذاعة إف إم:** بتسجيل العديد من الفلاشات الخاصة بالتوعية من أخطار المخدرات وبثها من خلال القناة.

- **اليوم العالمي لمكافحة المخدرات:** ويصادف 26 حزيران، من كل عام.

- **المطبوعات:** بحيث يتم طبع العديد من البوسترات والبروشورات والكتيبات الهادفة والتوعوية.

- **مجلة أردن بلا مخدرات:** تصدرها المنظمة الأردنية لمكافحة المنشطات (جادو)، إدارة مكافحة المخدرات وتشتمل على مقالات هادفة، ووضع المخدرات في الأردن.

- **المعرض:** عبارة عن شاحنة متنقلة يوجد بها عينات من المخدرات وتتنقل بكافة مناطق المملكة.

- **الحملات التوعوية**: وهي تعقد باستمرار بواقع أسبوع على الأقل في المحافظة (المنيزل، 2014).

ويتضح مما سبق أن هناك حاجة وفائدة للبرامج الإرشادية، في إكساب المدمنين مهارات مثل: مهارات التواصل، والتكيف التي ترتبط بهذه الدراسة.

ويعد العلاج التعبيري إحدى أساليب العلاج المتبعة لعلاج المدمنين، وهو أيضاً فن يستعمل كأسلوب علاجي لتعديل كيفية التعبير عن الغضب بطرق جيدة وذات معنى دون اللجوء لطرق سلبية كتناول وتعاطي المخدرات (Zeller, 2003).

وبذلك تحاول الدراسة الحالية استقصاء فعالية برنامج إرشادي علاجي قائم على توظيف مجموعة من الأنشطة القائمة على العلاج التعبيري في تحسين مهارات التواصل ومستويات التكيف النفسي لدى عينة من المدمنين على المخدرات.

مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة في محاولتها تطوير برنامج إرشادي علاجي قائم على العلاج التعبيري واختبار أثره في تحسين مهارات التواصل ومستويات التكيف النفسي لدى المدمنين في مراكز علاج سوء استخدام المواد المخدرة، إذ يعاني المدمنين في نقص مهارات حياتية عديدة كالتواصل والتكيف، ولا يوجد متخصصين في مركز علاج الإدمان لتطبيق برامج علاجية نفسية أسرية (مقابلة، 2014)، إذ تشير الإحصائيات الخاصة بمكافحة المخدرات على ثلاث سنوات متتالية بدءاً من عام 2011، حتى عام 2013 إلى ازدياد وتصاعد عدد القضايا المضبوطة، إذ بلغت عام 2011، 4015 قضية، وفي عام 2012 بلغَ عدد القضايا 4708، أما في عام 2013 بلغ عدد القضايا 6504 قضية (إدارة مكافحة المخدرات، 2014).

وبناءً على هذه الوقائع، تحاول هذه الدراسة تلبية الحاجة الضرورية لمراكز العلاج المتخصصة للإدمان في استخدام البرامج العلاجية وقياس أثرها، خاصة أنَ محاولة التعامل مع مشكلات الأفراد المدمنين وصعوباتهم من خلال تقديم الإرشاد النفسي المتخصص لهم، قد يساهم في تسريع عملية التأهيل النفسي–الاجتماعي ما يقود إلى الوصول إلى تحقيق الأهداف العلاجية والتأهيلية المرجوة.

أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة الحالية في كونها تحاول المساهمة في عملية علاج وتأهيل المدمنين والمتعاطين من خلال تصميم برنامج إرشاد جمعي تعده الباحثة لتوظيف أنشطة تستند إلى العلاج التعبيري، وتبرز أهمية الدراسة الحالية في كونها تستهدف التعامل مع أحد أهم المشكلات النفسية للمدمنين كمهارات التواصل ومستويات التكيف النفسي لديهم وتحاول تطبيق أساليب العلاج التعبيري، في علاج وتحسين مهارات التواصل والتوافق، وذلك في الوقت الذي لا يتم فيه تطبيق هذا النوع من الأساليب العلاجية في المراكز المخصصة لعلاج الإدمان في الأردن.

ومن خلال الخبرة العملية في مراكز تأهيل المدمنين في الأردن نجد أن اعتمادها وتركيزها بشكل عام يتركز على الجوانب الطبية والدراسات المسحية، في الوقت الذي يتم فيه إهمال استخدام البرامج الإرشادية، ودورها في تسريع عملية العلاج والتأهيل. ومن هنا تأتي الدراسة الحالية كمحاولة جادة لوضع برامج على خارطة العمل في برامج تأهيل وإرشاد المدمنين. وهذا ما يقودنا إلى الاعتقاد بأن الدراسة الحالية تعد من الدراسات القلائل من نوعها في الأردن من حيث استهدافها لفئة المدمنين في مراكز العلاج والتأهيل من خلال تطبيق مجموعة من الأنشطة والفعاليات الخاصة بالعلاج التعبيري.

أسئلة الدراسة

تنبثق عن مشكلة الدراسة الأسئلة الآتية:

1. ما فاعلية برنامج العلاج التعبيري في تطوير مهارات التواصل لدى عينة من المدمنين على المخدرات؟
2. ما فاعلية برنامج العلاج التعبيري في تطوير مهارات التوافق لدى عينة من المدمنين على المخدرات؟

التعريفات المفاهيمية الإجرائية

الإرشاد الجمعي: عملية تفاعل تشمل المرشد ومجموعة من الأعضاء الذين يحاولون التعبير عن أنفسهم ومواقفهم أثناء الجلسة الإرشادية بهدف تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم (أبو عيطة، 1997).

العلاج التعبيري (Expressive Therapy): يعرف بأنه "محاولة توظيف مجموعة من الأنشطة والفعاليات الفنية كالرسم والأعمال اليدوية والرقص والسيكودراما ضمن قالب علاجي وإرشادي بهدف التعامل لمشكلات الأفراد وصعوباتهم الشخصية والاجتماعية والعصبية، ولا يشترط بالعمل الفني المنتج أن يكون إبداعيا، ويعرف إجرائياً بأنه البرنامج المعد من قبل الباحثة لتطبيقه على عينة الدراسة المؤلفة من مجموعة من الذكور المدمنين، ويشمل على عدة أنشطة كالرسم، والصلصال، والسيكودراما والأداء الحركي.

مهارات التواصل (Communication Skills): هي مهارة يستخدمها الفرد لنقل حدث، أو للتعبير عن مشاعر، وتستخدم بهذه المهارة نوعين وهما: التواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي،

وتتحكم نجاح هذه المهارة بكيفية إيصال الرسالة للفرد الآخر. وتعرف إجرائياً بأنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها المسترشد على مقياس مهارات التواصل.

مهارات التوافق Adjustment Skills: مجموعة من المهارات الموظفة من قبل الفرد بهدف تحقيق نوع من التوازن والتوافق والانسجام مع الذات ومع الآخرين، مما يقود إلى تكوين علاقات اجتماعية متوازنة ما بين المجتمع المحيط والفرد من جهة وتطوير فهم ايجابي للذات من جهة أخرى، ويعرف اجرائيا بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المسترشد على مقياس التوافق.

المدمنون (Addicts): هم الأشخاص الذين يسيئون استخدام مادة أو أكثر من المواد التي يحظر استخدامها كالمخدرات والمهلوسات والمنشطات، ويحتاجون إلى مجموعة من الخدمات العلاجية والتأهيلية الشاملة ذات الطابع الطبي والنفسي والاجتماعي، ولأغراض الدراسة الحالية هم الأفراد الذكور المدمنين والمقيمين في مركز علاج وتوقيف المدمنين في منطقة عرجان بمدينة العاصمة عمان والتابع لإدارة مكافحة المخدرات في مديرية الأمن العام خلال الفترة 2012/12/21 إلى 2013/1/28.

حدود الدراسة ومحدداتها

تتمثل حدود الدراسة بمحددات بشرية هي: عينة المدمنين من الفئة العمرية (20–35)، والحدود المكانية هي: مركز علاج وتوقيف المدمنين في منطقة عرجان بمدينة العاصمة عمان، والحدود الزمانية هي: الفترة ما بين 2012/12/21 إلى 2013/1/28.

محددات الدراسة التي تتعلق بالقدرة على تعميم النتائج

تتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة في ضوء المحددات الآتية:

1. أدوات الدراسة وخصائصها السيكو مترية.
2. طريقة اختيار أفراد الدراسة.
3. برنامج الإرشاد الجمعي وفق منظور العلاج التعبيري، ومتغيراته التابعة وهي: تطوير مهارات التواصل ومهارات التكيف النفسي لدى المدمنين.

الإطار النظري

سيتم في الإطار النظري التعريف بالإدمان ومراحله والنظريات المفسرة له والعلاج التعبيري بالنسبة للمدمنين وفيما يلي عرض لكل منها.

الإدمان (Addiction)

بقي مصطلح الإدمان (Addiction) حتى عام 1964، يشير إلى حالة سوء الاستخدام للمادة المخدرة أو المنبهة، وفي نفس السنة استبدلت منظمة الصحة العالمية مصطلح الإدمان بمصطلح الاعتماد (Dependence)، واكتسب المصطلح الجديد خصائص المصطلح القديم (الشرقاوي، 1991). ويُعرف الاعتماد على العقاقير والمخدرات حسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association APA, 1994) بأنه: سلوك قهري على إدمان العقار في أن يستمر الفرد في تعاطي العقار/ المخدر، لكي يحقق التأثيرات المرغوبة التي تنتج عن تعاطيه، أو لكي يمنع التأثيرات المرضية من أن تحدث حينما لا يتعاطى العقار/المخدر.

وتعرّف المخدّرات علمياً بأنّها كل مادّة كيميائية يؤدي تناولها إلى النعاس والنوم أو غياب الوعي المرافق بالآلام. ووفقاً لهذا التعريف؛ فإنّ المخدّرات المنشّطة وعقاقير الهلوسة لا تدخل ضمن إطار المواد المخدّرة، بينما يندرج الخمر تحت صنف المخدّرات (دعبس،1994، ص. 23). ومن الناحية القانونية تعرّف المخدّرات بأنّها مجموعة المواد المحدثة للإدمان، يؤدي تعاطيها إلى تسمّم الجهاز العصبي، ويحضر تداولها أو زراعتها أو صناعتها إلاّ لأغراض محدّدة وبترخيص قانوني؛ وتشمل: الأفيون ومشتقاته؛ والحشيش؛ وعقاقير الهلوسة؛ والمنشّطات؛ والكوكايين، بينما لا تصنّف الخمر والمهدّئات والمنوّمات ضمن المخدّرات بالرغم من ثبوت أضرارها وقابليتها لإحداث الإدمان (العشماوي، 1995، ص. 10).

ويعتبر الإدمان محصلة لثلاثة عوامل رئيسة هي: خواص العقار أو المادة التي يتعاطاها المدمن، وطبيعة شخصية الفرد المدمن، والعوامل البيئية المحيطة بالفرد (أبو مغيصيب والزراد، 2002).

مراحل تطور تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات

يتطور تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات، من خلال مراحل عدة متتابعة وهذه المراحل هي كالآتي:

1. **مرحلة التعاطي التجريبي:** يبدأ التعاطي في سن المراهقة، وغالباً ما يبدأ بالمواد المتوافرة مثل التدخين وتناول الكحول وغيرها، ويكون التعاطي بكميات قليلة وغير منتظمة. وتعد هذه المرحلة مركزية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب العقاقير الخطرة والمخدرات، ويعتقد كثير من الشباب أن تجريب المادة المخدرة هو عمل مأمون، فيدفعه الفضول إلى تجريب عقار مخدر مرة واحدة لمعرفة هذا المجهول، ولكن قد تكون الخطوة الأولى نحو الاعتماد الجسدي (الإدمان) على العقاقير الخطرة والمخدرات (Peters & McMahon, 1996).

2. **مرحلة التعاطي الاجتماعي:** فالمتعاطي الاجتماعي يقدم على تعاطي بعض العقاقير الخطرة والمخدرات إذا توافرت له دون عناء، أو مجاناً، وعادة تتم العملية بشكل عفوي ودون تخطيط، وفي مناسبات اجتماعية خاصة، ومع مجموعة من الأصدقاء، كتعاطي الكحول بين الحين والآخر مجاراة للعلاقات الاجتماعية السائدة، أو تدخين بعض اللفافات في مناسبات معينة دون شرائها، وتمثل هذه الفئة في هذه المرحلة مجموعة المتعاطين المعرضين لخطر الاعتماد أو الإدمان.

3. **مرحل التعاطي المنتظم:** إن المتعاطي المنتظم يقدم على تعاطي بعض العقاقير الخطرة والمخدرات في فترات منتظمة متقاربة أو متباعدة، ويبحث المتعاطي بجدية عن عقاره المفضل، ويحاول المحافظة على مصادر تزويده والتأكد من استمرارية الحصول عليه، ويبذل بعض الجهد في ذلك، وتمثل هذه الفئة من المتعاطين المنتظمين الأقرب إلى الاعتماد أو الإدمان. ويذكر الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV, 1994) أن التعاطي يشير إلى استخدام المواد على نحو يتسبب في أذى يلحق بصحة الفرد النفسية أو الجسمية، أو يتسبب في ظهور مشكلات اجتماعية، واقتصادية، وقانونية، أو مشكلات أخرى تعرض حياة المتعاطي وحياة الآخرين للخطر. ولا يقتصر التعاطي على المواد غير القانونية، لكن الناس قد يسيئون استخدام المواد القانونية التي يمكن شراؤها بالوصفات الطبية، ويعرف الدليل التشخيصي التعاطي بحدوث سوء تكيف ناتج عن التعاطي ينطبق على واحدة أو أكثر من المعايير الآتية شرط حدوثه في فترة اثني عشر شهراً، وهي:

- الاستخدام المتكرر للمادة مما يؤدي إلى الفشل في إنجاز الواجبات والمهمات الرئيسة في العمل والمدرسة والمنزل، مثل :تكرار الغياب، أو التسرب من المدرسة، أو ضعف في التحصيل الأكاديمي بسبب تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات.

- الاستخدام المتكرر للمادة عند القيام بأعمال خطرة على الحياة مثل قيادة السيارات، وتشغيل الآلات الميكانيكية.

- تكرار المخالفات القانونية المرتبطة بتكرار استخدام المادة المخدرة مثل تكرار السجن.

- الاستخدام المتكرر للمادة بالرغم من التسبب بإحداث مشكلات شخصية واجتماعية باستمرار، أو تضخم هذه المشكلات نتيجة للتعاطي، مثل المجادلات مع القرين حول نتائج التسمم والمشاجرات البدنية.

4. **مرحلة الاعتماد أو الإدمان** :حيث يقع الفرد هنا في دائرة الاعتماد النفسي أو الجسمي، ويتعاطى المخدر في فترات متقاربة جداً، ويسيطر المخدر على حياته سيطرة كاملة بحيث يصبح الشيء الأهم بالنسبة له، فيصرف معظم، أو كلّ وقته وتفكيره وطاقاته وموارده في سبيل الحصول على المخدر وتعاطيه، وتظهر لديه أعراض التحمل والانسحاب النفسي أو الجسدي أو الاثنين معاً ومن الجدير بالذكر هنا أن نشدد على أهمية فهم مراحل تطور التعاطي مروراً بمرحلة التعاطي التجريبي والتعاطي العرضي لوضع البرامج التدريبية الوقائية الملائمة لكبح إمكانية تطور التعاطي وهو في مراحله الأولى والثانية، وانتهاء بمرحلة الاعتماد (الإدمان) لوضع البرامج العلاجية الملائمة (عرموش، 1993؛ فايد، 2005).

ويميز الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV, 1994) بين نوعين من الاعتماد:

-الاعتماد النفسي (Psychological Dependence): وهو حالة تتسم باستحواذ العقار على انفعالات المتعاطي وتفكيره، مما يؤدي إلى فقدان السيطرة على الذات، بحيث يصبح العقار والبحث عنه والاشتياق إليه هدف المتعاطي الأساسي والمسيطر على عملياته العقلية .ويتعلق الاعتماد النفسي بالمشاعر والأحاسيس، وقد لا يكون مصحوباً بأي اعتماد جسدي، ويؤدي تناول العقار إلى الشعور بالارتياح والإشباع للحاجات النفسية، حيث يشعر الفرد بأن تعاطي العقار سيجعله أحسن حالاً . وتظهر الأعراض الإنسحابية النفسية على المتعاطي، حال الانقطاع أو التوقف عن العقار ومنها :

الاشتياق والرغبة الملحة للمخدر الذي يعد عاملاً أساسياً للاستمرار في التعاطي، واضطراب النوم والأرق، والاكتئاب، وفقدان الشهية للطعام، وعدم الراحة النفسية. وتكون لدى المتعاطي رغبة قوية في تكرار الجرعة وزيادتها باستمرار.

وقد يكون الاعتماد النفسي مصحوباً باعتماد جسدي في بعض العقاقير الخطرة والمخدرات، لكن الاعتماد النفسي هذا لا يؤدي إلى آثار جسدية بالغة عند التوقف عن العقار فجأة، مثل الإسهال والقيء الذي يحدث عند التوقف عن الأفيون ومشتقاته، والصرع عند التوقف عن الكحول والباربيتورات كون هذه المواد تقود إلى الاعتماد الجسدي .ويذكر هنا بأن الاعتماد النفسي لا يقتصر فقط على العقاقير الخطرة والمخدرات، بل قد يندرج الاعتماد النفسي على نماذج من السلوكات والنشاطات إذا اقترنت بالضرر الجسيم، كالقمار، واستخدام الإنترنت، وإيذاء النفس وغيرها.

-الاعتماد الجسدي (Physical Dependence): حيث يتبنى الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية، معايير التشخيص السبعة الآتية لاعتبار الشخص معتمدا جسدياً أي مدمناً على العقاقير الخطرة والمخدرات، التي يجب أن تحدث معاً لمدة اثني عشر شهراً متتالية، وهي:

* **التحمل (Tolerance):** وهو يعني حاجة المتعاطي إلى زيادة كمية العقار المسبب للاعتماد بشكل متصاعد، ليحقق الأثر نفسه الذي كان يحصل عليه من قبل. وتحدث هذه الظاهرة لأن الجسم يقوم بتدمير هذا العقار بسرعة كبيرة بسبب نشاط كبير للأنزيمات المحطمة لهذا العقار في الكبد، بالإضافة إلى أن خلايا الجهاز العصبي تعتاد على هذه الكمية من العقار، مما يؤدي إلى ضعف تفاعل الأنسجة معه، فلا يؤثر فيها التأثير السابق.

* **الانسحاب (Withdrawal):** وهي مجموعة من الأعراض المؤلمة جسدياً بشكل رئيس، أو نفسياً أو كليهما معاً حسب نوع العقار، وتظهر هذه الأعراض نتيجة التوقف عن استخدام العقار الذي سبب

الاعتماد الجسدي، أو عند تقليل الجرعة، وعند سحب المادة المخدرة من الجسم، وترتبط هذه الظاهرة بصورة أوضح بالمورفين والهيروين وبعض المهدئات والمنومات والمسكنات التي تبطئ نشاط الجهاز العصبي المركزي، وتظهر أعراض الانسحاب بعد بضع ساعات من التوقف عن آخر جرعة تناولها المتعاطي .وتختلف هذه الأعراض حسب نوع العقار وكمية الجرعة، وتشمل نزول سائل من الأنف والعينين، وارتجافا في الجفون، وحركات عضلية اهتزازية غير إرادية، وارتفاعا في درجة حرارة الجسم وضغط الدم، ونقص الماء في الجسم والميل إلى التقيؤ، أخذ المخدرات بكمية أكبر، أو لمرات أكثر مما كانت عليه في البداية، استمرار الرغبة أو عدم النجاح في السيطرة على تعاطي المخدر، قضاء معظم الوقت منهك القوى في النشاطات الضرورية للحصول على المخدر أو تعاطيه ليتخلص من تأثير الشعور بالإنهاك، التخلي عن النشاطات الاجتماعية والمهنية بسبب تعاطي المخدرات، الاستمرار في تعاطي المخدرات بالرغم من معرفة أنها تسبب مشكلات جسدية بشكل رئيس، أو نفسية، أو كليهما معاً حسب نوع العقار، صعوبة بالغة في ضبط سلوك متعاطي المخدرات أو الكحول، وطيلة فترة السنة الأخيرة، يصبح العقار وتأثيره والبحث عنه والاشتياق الدائم إليه هدف المتعاطي الأساسي والمسيطر على جميع عملياته العقلية، يواجه الفرد صعوبة في السيطرة على تعاطي المخدرات أو الكحول، الاستمرار في تعاطي العقار أو الكحول على الرغم من المعرفة الأكيدة بالنتائج الضارة المترتبة عليه، إهمال متزايد لاهتماماته بسبب تعاطي المخدرات أو الكحول، أو بسبب انشغاله المستمر في البحث عن العقار أو الحصول عليه، استخدام المادة بهدف تخفيف أعراض الانسحاب والوعي بذلك.

ويتضح مما سبق أن تعاطي المواد المخدرة يختلف من مخدر لآخر تبعاً للخصائص التي تترتب عليه، التي تقوم على ظواهر أساسية :الاعتماد النفسي، والاعتماد الجسدي المرتبط بظهور أعراض التحمل وأعراض الانسحاب .فهذه الظواهر مجتمعة هي المحك الأساس في تحديد درجة

التعاطي، والاعتماد النفسي والجسدي أو الإدمان .بحيث لا نستطيع الحكم على المتعاطي بأنه مدمن، إلا إذا توافرت لديه تلك الظواهر مجتمعة .فالفرق بين التعاطي والاعتماد النفسي والجسدي، أن التعاطي لا يعني الالتزام بكميات أو مدد معينة يستخدم فيها المخدر، وإن كان هو المدخل الرئيس للاعتماد الذي يفرض في فترة معينة نوعاً من الحاجة إلى استخدام المخدر بنسب متزايدة، وبشكل معتاد ليتحول التعاطي إلى اعتماد مستمر أو إدمان مستمر (أبو مغيصيب والزراد، 2002).

تعريف وأنواع المخدرات وتصنيفاتها

المخدرات في اللغة: هو كل ما يسبب الفتور والكسل. وفي التعريف الشرعي: هو كل ما يثبط العقل، أو يغير في تفكيره وشخصية الإنسان. وفي التعريف العلمي: هي مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو الغياب عن الوعي، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة (Narcotic)، المشتقة من الإغريقية (Narcosis) التي تعني يخدر (إبراهيم، 2014).

ويصنف دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV, 1994)، المخدرات إلى أحد عشر صنفاً هي: القنب (الحشيش أو الماريجوانا) (Cannabis)، والمنشطات (Stimulants) مثل الكوكايين (Cocaine) والأمفيتامينات (Amphetamine)، والأفيونات (Opiods)، والمهلوسات (Hallucinogens)، والمواد الطيارة والمستنشقات والمواد المذيبة (Solvents & Volatile،Inhalants)، والمسكنات (Sedative)، والمنومات (Hypnotics)، ومسببات القلق (Anxiolytics)، والفنسيسلايدين (PCP)، والنيكوتين (Nicotine)، والكحول.

وتقسم المخدرات من حيث طبيعتها ومصدرها إلى:

1. المخدرات الطبيعية: هي المخدرات من أصل نباتي، منها ما يزرع مثل :الحشيش من القنب الهندي، والأفيون من الخشخاش، والكوكايين من الكوكا والقات.

2. المخدرات التصنيعية: هي المخدرات المستخلصة من النباتات، ولكنها أكثر تركيزاً منها مثل: المورفين، والهيروين، والكودبين، والبيثيدين، والميثادون، والمهدئات، والمسكنات، والمنومات.

3. المخدرات التخليقية :وتصنَّع في المعامل من مواد كيماوية خالصة، مثل المهلوسات، والامفيتامينات، والباربيتورات، والكبتاجون (إبراهيم، 2014).

النظريات المفسرة لتعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات والإدمان عليها

تفسر نظريات علم النفس ظاهرة الإدمان وأسبابه وترجعها لعوامل عديدة وقد ذكرت أبو عيطة (2014)، عدداً من هذه النظريات وهي:

- **نظرية التحليل النفسي:** إن مظاهر الإدمان تتمثل بالاضطرابات التي تعتري المدمن، وترجع إلى طفولته المبكرة (السنوات الثلاث أو الأربع الأولى). وترى مدرسة التحليل النفسي أن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقات الحب في الطفولة الأولى بين المدمن ووالديه، وهو اضطرا يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (ازدواجية الشعور)، إن هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معا.

- وترى مدرسة التحليل النفسي أن **سيكولوجية الإدمان** تقوم على أساسين: **الأول:** صراعات نفسية وترجع إلى الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي الذي أساسا إلى اضطراب علاقات الحب والإشباع العضوي، والحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات

وتأكيدها، وتكرار التعاطي معناه الفشل في حل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجات.

الثاني: الآثار الكيميائية للمخدر: الأصل في الإدمان وطبيعته يرجع إلى التركيبة النفسية للمدمن الذي يحدث حالة من الاستعداد النفسي، وبالتالي تكون الصورة العامة للمدمن والإدمان في ضوء نظرية التحليل النفسي بأنه سلوك قهري يتعلق به المدمن بالمخدر تعلقا قهريا، لا يستطيع التخلي عن المخدر. ويتمثل باضطراب نفسي عميق تشبه أعراضه أعراض المرض النفسي أو العقلي، وأحيانا تكون أكثر حدة. ويندرجون تحت السيكوباتية في اضطراب الشخصية ويدللون على ذلك بأن السيكوباتي يلجأ إلى وسائل وطرائق خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها.

- **نظرية التعلم الاجتماعي:** ترى أن الإدمان يرجع إلى التقلد والنمذجة، الإدمان هو عملية بناء علاقة مرضية بين جهتين: الإنسان والموضوع الإدماني. وهذه العلاقة تأخذ وقتا حتى تتطور. وكل مدمن لديه طريقته الخاصة بتطوير هذه العلاقة، وذلك يتوقف على طبيعة الشخص (جسدا وعقلا)، وكذلك طبيعة الموضوع الإدماني.
- **نظرية الجشطالت:** وترى أن أسباب المشكلة ترجع إلى أسلوب الرعاية الوالدية، وتأخذ عدة أشكال وهي: نقص الوعي؛ نقص في تحمل المسؤولية؛ فقدان الاتصال مع البيئة؛ الأعمال غير المنتهية؛ التجزئة أو الضياع وهي تقود إلى سلوك قهري عند الفرد، أو إنهائه بنفسه وإلى الشعور بالقلق وانهزام الذات.
- **النظرية الوجودية:** تعد المدمن غير موجود لأنه لم يقم برسالته في إثبات وجوده، ويسيطر عليه القلق الوجودي، وقلق الموت وعدم الإيمان بالذات الروحانية التي خلق بها الإنسان لسيطرت الأنا المدمنة عليه.

- **نظرية النظم**: ترى أن المدمن مظهر من مظاهر نظام أسري غير سوي أي مفكك، أو أسر تعاني من اضطراب بأكثر من جيل، والشخص المدمن قد يمثل نظام مستقل ويتكون من عدد من الأنظمة الفرعية، إلا سلوكه المضطرب يرجع بالدرجة إلى نظام الأسرة وقد يرتبط لثلاث أجيال.

العلاج التعبيري (Expressive Therapy)

يعتبر العلاج التعبيري (Expressive Therapy) أحد أساليب العلاج النفسي، ولقد تم الاتفاق على أن الإدمان هو أحد الاضطرابات النفسية، لذلك ينصح باستخدام تقنيات العلاج التعبيري للمدمنين باعتبارِ الإدمان أحد أوجه الإضطرابات النفسية (Hanes, 2007). وقد تأسست في عام 1974، أول أكاديمية للعلاج التعبيري في جامعة ليزلي بالولايات المتحدة الأمريكية، وبالتالي، بدأ المعالجون باستخدامِ أنشطة تستند للفنون التعبيرية إلى جانب أساليب أخرى في العلاج النفسي.

ويشيع استخدام هذا النوع من العلاج، في علاج أمراض عديدة، مثل الاكتئاب، القلق (Malchiodi, 1998, 2005)، وقد ثبت فعاليته في علاج المدمنين الذين يعانون من اضطرابات نفسية، لكونه يسمح للمعالج بالحصول على صورة أوضح عن مشكلات المسترشدين الذين يعانون من الإدمان وعن الصعوبات داخل النفسية التي تقف وراء الإدمان (Diehls, 2008).

وقد كانت محاولات فرويد ويونغ البطيئة في مجال العلاج بالفن بمثابة الشرارة الأولى في مجال العلاج بالفن. إذ أن ما أنتجه هذان العالمان من نظريات في العلاج النفسي وسيكولوجية الشخصية كانت منبعاً لكثير من المجالات التي لها علاقة بعلم النفس، وقد تبنى معظمها المعالجون أساليب العلاج بالفن بمنظورات مختلفة من بعدهم (اليامي، 1990، اليامي، قيد النشر). وفي ذلك الإطار نجد أنَ نومبيرغ (Naumburg, 1987)، والتي تعتبر الرائدة الأمريكية

الأولى في العلاج بالفن، قد تبنت تلك النظريات، بعد أن تعمقت في دراساتها، وخرجت بما أسمته مؤخراً العلاج بالفن "(Art Therapy)" أو العلاج التعبيري. وهنا ركزت نومبيرغ على الفائدة الإكلينيكية من وراء العمليات الفنية؛ أي أصبح الفن لديها يحمل فوائد علاجية بالإضافة إلى الفوائد التشخيصية التي يعرفها علماء النفسِ. وبعين ثاقبة استطاعت عالمة النفسِ نومبيرغ أن تخرج بأسلوب علاجي بالفن يسمح لمحتوى اللاشعور بالتمثل في الرموز الفنية التي يحتويها العمل الفني. وقد سمت ذلك الأسلوب التعبير الفني الحر (Free Art Expression) (Naumburg, 1987, p.1).

وقد قامت الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن (The American Art Therapy Association, AATA)، في الثمانينيات وحتى التسعينيات بوضع تعريف للعلاج التعبيري كانَ أكثر شمولاً وتنوعاً مبتعدة عن الفصل بين العلاج النفسي بالفن والعلاج بالفن، وتنوعت مجالات العمل به. وقد جاء التعريف كالتالي:

" مجال للخدمة الإنسانية يقدم فرصاً استكشافية للمشكلات الشخصية من خلال التعبير اللفظي وغير اللفظي، وينمي الخبرات الجسمية والانفعالية والتعليمية من خلال ممارسة النشاطات الفنية العلاجية. وبما أن أشكال التعبير البصري كانت أساسية عند المجتمعات خلال التاريخ المسجل، إلا أن العلاج بالفن ظهر في ثلاثينيات القرن العشرين كمجال واضح متفرد لخدمة المجتمع. إن العلاج بالفن يسلم بأن العمليات الفنية، والأشكال، والمحتوى، والعلاقات الناتجة عن إنعكاسات لنمو الفرد، وقدراته، وشخصيته، ورغباته، واهتماماته. إن استعمال العلاج بالفن يعني أن العملية الابتكارية من الممكن أن تكون وسيلة لإصلاح الصراعات الانفعالية، وتساعد على النمو الإدراكي والشخصي. وإن فوائد الخبرات العلاجية بالفن صالحة للفئات الخاصة ذات الاحتياجات

الخاصة. ومن الممكن للعلاج بالفن أن يكون أساسياً منفرداً، أو مسانداً، أو مشتركاً في مراكز العلاج النفسي، والعيادات الطبية، والمراكز الاجتماعية، والسجون، والوحدات التنموية، والمراكز الصحية، والمستشفيات العامة، والعيادات والمؤسسات التعليمية والإصلاحيات الأخرى" (AATA, 1994, pp. 26-27).

وقد عرّفت جوديث روبين (Rubin, 2001) العلاج التعبيري بأنه طريقة تقوم على تناول واستخدام وسائل التعبير الفني التشكيلي و توظيفها بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية، في أنشطة فردية أو جماعية حرة أو مقيدة، وذلك وفقاً لخطة العلاج وتطور مراحلها وأغراض المعالج وحاجات المسترشد.

ويتضمن العلاج النفسي التعبيري بالفن وجهان متكاملان متكافئان هما:

1. الفن التشكيلي: وهو التعبير غير اللفظي وذلك باستخدام الرسم أو أعمال الخزف والصلصال.

2. العلاج النفسي: حيث يتم تفسير و معرفة حقيقة تلك الخبرات وإيجاد حلول للمشكلات وإحداث تغيير إلى الأفضل في شخصية الفرد في حياته بصفة عامة، **و**يهدف إلى:

أ- مساعدة المسترشد على إعادة بناء الطريقة التي ينظم بها حياته ويعيشها ويدركها.

ب- طرح الخبرات الحياتية المؤلمة واستبدالها بخبرات ايجابية وذات قيمة.

ت- تحريك المسترشد من حالة الشعور بالاغتراب والعدوانية، والتمركز حول الذات، والقلق إلى حالة تسودها مشاعر الحب والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو والشعور بالتوازن والسليم الداخلي.

ويقوم العلاج التعبيري على أسس منها فيما يتعلق بالمسترشد كما يلي:

أ . المسترشد لديه قدرة كامنة للتعبير عن نفسه تلقائيا عن طريق الفن كوسيلة تعبير غير لفظية تتيح إظهار محتويات لا شعورية على مستوى الشعور ليتمكن من مواجهاتها والتعامل معها في إطار الواقع.

ب . المسترشد لديه حاجة للتعبير عن ذاته والتعبير الفني التشكيلي الرمزي غير لفظي ورسالة بصرية ووسيلة اتصال وحوار والعمل الفني هو تعبير باليد عما في العقل، وإخراج ما بالداخل ليراه الفرد وغيره.

ج . المسترشد قد تكون لديه خبرات يعجز عن التعبير عنها لفظيا، فيعبر عنها بالفن التشكيلي، فتعطي فرصة لتشخيص المعاناة وتنفيس الضغوط و التوترات.

وتعد ناتالي روجرز (Rogers, 1993, 2004)، من أهم مؤيدي ومنظري العلاج التعبيري وترى أن عملية اكتشاف الذات تبدأ من الاهتمام بالبعد العاطفي للإنسان والذي يمكن أن يتم التعبير عنه من خلال تعبيرات ظاهرة للعيان كالرسم أو الموسيقى أو التشكيل. بالإضافة إلى أهمية التعبير اللفظي المباشر عن المشاعر والعواطف كوسيلة للتعبير واكتشاف الذات.

ويستند العلاج التعبيري على الأفكار الأساسية الواردة في نظرية العلاج الإنسانية والمطورة من قبل كارل روجرز (Rogers, 2002) والمتمثلة بالإرشاد المركز على المسترشد (Client Centered Therapy)، من خلال اعتماده على التفاعل الإرشادي المجازي غير اللفظي أو غير المباشر في اكتشاف مشكلات الأفراد وتشخيصها وعلاجها مما يميزه عن العلاج الطبي والتحليلي المتعمد على التعبير اللفظي والمباشر عن مكونات الذات، مما يضع العلاج التعبيري من أهم العلاجات الموظفة للتعامل مع مشكلات الأفراد الذين يعانون من مشكلات في التعبير اللفظي عن

ذاتهم كالأطفال والمعوقين والمدمنين، ولا يهتم العلاج المستند على أساليب التعبير بنوعية أو جودة المنتج الفني بالقدر الذي يهتم فيه بدور المنتج الفني وأسلوب التعبير في المساعدة في التفريغ الانفعالي والتعبير عن الذات واكتشاف المشكلات.

وتعد نظرية العلاج التعبيري المرتكز على الإنسان التي قدمها كارل روجرز وطورتها ناتالي روجرز من أهم النظريات والتي تعتمد بشكل أساسي على دور المعالج وأصالته وتعاطفه واهتمامه والذي يظهر من خلال إنصاته بعمق للمسترشد. وتستند هذه النظرية إلى أن كل فرد له احترامه وخصوصيته وقدرته الخاصة (Rogers, 2002).

وضمن جلسات العلاج التعبيري يحل مفهوم العلاقة الإبداعية بديلاً عن مفهوم العلاقة العلاجية التقليدية من خلال التركيز على تفاعل بين الحركة والفن والكتابة والصوت واللون. فالعلاقة الإبداعية ما بين المعالج والمسترشد تحفز اكتشاف الذات وفهمها وإطلاق إبداعها، وتشبهها روجرز مثل تفتح براعم الزهور مطلقة رائحتها العطرة (Rogers, 2004).

ويتضمن العلاج بالتعبير إعادة التركيز على مفهوم الإبداع الذاتي (Personal Creativeness)، من خلال مساعدة المسترشد على إدراك ذاته بشكل جديد من حيث القدرة على التميز والتأثير في الآخرين بشكل فريد ومتميز من خلال الاعتماد على الاعتماد على أساليب التعبير الحرة عن مشاعره العميقة. وتلعب الأنشطة التعبيرية ضمن العلاج التعبيري دوراً في التفريغ الانفعالي للمشاعر السلبية في الوقت الذي تعلب فيه دوراً في التعبير عن المشاعر الإيجابية (Rogers, 1993, 2004).

وتعتبر من أهم الإسهامات في مجال العلاج التعبيري تلك التي قدمت من قبل ناتالي روجرز (Rogers, 2004)، في محاولتها لصياغة مجموعة من العوامل والأسس التي يستند إليها العلاج التعبيري والتي يمكن اعتبارها من أهم العوامل التي يستند إليها العلاج التعبيري:

1. يمتلك الجميع القدرة الداخلية للإبداع والتعبير عن الذات بشكل متميز عن الآخرين.

2. للإبداع قدرة على الشفاء والتحول للأفضل من خلال تلمس المشاعر المرتبطة بذلك النجاح.

3.يساعد العلاج التعبيري على تسهيل التطور الشخصي وزيادة فهم الذات واستيعابها وتطور الوعي لدى الأفراد.

4. يمكن استخدام المشاعر الشخصية كمصدر من مصادر الطاقة الايجابية من اجل التغيير والتي يمكن الاعتماد عليها في تحقيق الأهداف العلاجية والإرشادية.

5. يقود العلاج التعبيري من فن، موسيقى، تخيل، أو تأليف الشعر أو التأمل إلى العقل الباطن، مما يؤدي إلى التفاعل والتعبير عن الذات بشكل واعي وواقعي.

وعلى ضوء كل تلك المستجدات في العلاج بالفن في التسعينات وبداية القرن الحالي بدأت الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن (AATA) تعد نفسها لتتماشى مع تلك المستحدثات. وتبعاً لذلك فقد بدأت الجمعية بإعادة صياغة تعريف مجال العلاج بالفن بشكل أكثر شمولاً ليتضمن أكبر قدر ممكن من المرونة ويسمح للباحثين والناشطين في مجال الممارسات الميدانية للعلاج بالفن أن ينطلقوا في تطوير مجالهم. وعلى ضوء ذلك جاء آخر تعريف للعلاج بالفن كالتالي :

" العلاج بالفن هو الاستعمال العلاجي للإنتاج الفني، وفي حدود علاقة مهنية، من قبل أفراد يعانون من المرض، أو صدمة، أو مصاعب في الحياة، ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي.

من خلال ابتكار الفن والتمعن في إنتاجه وعملياته يستطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إدراكهم لأنفسهم والآخرين، والتأقلم مع أعراضهم المرضية، والضغوط التي تنتابهم، والصدمات التي يمرون بها، فيحسنون من قدراتهم المعرفية؛ ويستمتعون بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عمل الفن... والمعالجون بالفن هم مهنيون مدربون في كل من الفن والعلاج. فهم مطلعون بالنمو الإنساني، والنظريات النفسية، والتطبيق الإكلينيكي، والقدرة الشفائية للفن، يستعملون الفن في التشخيص والبحث، ويقدمون خدمات إرشادية للمهنيين من تخصصات حليفة، ويعمل المعالجون بالفن مع الأفراد من كل الأعمار؛ أفراداً ، وجماعات، وأزواج، وعائلات، والجماهير العامة. يقدمون خدماتهم بشكل انفرادي أو ضمن فريق علاجي في مواقع مختلفة في الصحة النفسية، والتأهيل، والطب والمؤسسات الجنائية؛ وبرامج التأهيل الاجتماعي الشامل، والمراكز الصحية؛ والمدارس ودور المسنين والعجزة، والشركات، والاستوديوهات الفنية، والممارسات المستقلة (العيادات الخاصة) " (Elkins, Stovall, & Malchiodi, 2003, p. 28).

وقد أشارت الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن (American Art Therapy Association, 2007)، إلى أن الهدف من العلاج التعبيري ليس لإنتاج فن جميل أو بناء الموهبة ولكن العلاج التعبيري هو لمساعدة الفرد في الشعور الجيد تجاه نفسه ومساعدته للتواصل مع الآخرين ومساندته لأخذ مسؤولية حياته.

والعلاج التعبيري هو نوع من العلاجات النفسية التي تجمع بين بعدي مهارات التواصل وهي التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي (Gabriel et al, 2000). ويرى ريفيرا (Rivera, 2008) أن العلاج التعبيري هو عبارة عن دمج ما بين المبادئ العلاجية النفسية والفن، بحيث ينخرط المسترشد في هذا العلاج يدخل في حوار مع المرشد باستخدام التعبير، ما يقود المسترشد إلى الاستبصار، حيث لا تكون لديه مهارة في التواصل اللفظي، وهي تتيح مجالاً كبيراً أمام

المسترشد بالتعبير عن أفكاره، ومخاوفه بشكل واضح ومريح، وبعيدا عن التهديد، مما يقود إلى التفريغ الانفعالي وتسهيل التوافق النفسي.

ويشير جونسون (Johnson, 2000) أن أكثر العوامل التي تعيق عملية بناء علاقة جيدة مع الآخرين هو ضعف قدرة الفرد في التعبير عن مشاعره ما يسبب مشكلات وخللاً في بناء العلاقة مع الآخرين.

ويعتمد العلاج التعبيري على توظيف عدة فنيات إرشادية ذات طابع تعبيري كالفن والموسيقى والرقص الإيقاعي والحركة والدراما أو نظم الشعر والكتابة الإبداعية والمسرح وأعمال الطين والصلصال وذلك ضمن منظومة متكاملة تشمل العلاج النفسي والإرشاد السلوكي وإعادة تأهيل الأشخاص قيد العلاج (Rogers, 2004).

إن جميع أنواع العلاج التعبيري تقوم أساساً على التفاعل، ومع ذلك فإن كل منها يمثل إطاراً علاجياً فريداً، نظراً لأنَ أشكال التفاعل اللمسي والبصري والسمعي التي قد يختبرها الفرد خلال العلاج قد تشعره بتفرده وخصوصيته من جديد. فعلى سبيل المثال يقود العلاج بالموسيقى إلى محاكاة المشاعر العميقة وتنمية المهارات الاجتماعية عندما يشترك مجموعة من الأشخاص في الغناء أو العزف على الآلات. وبذلك يكون لكل نوع من أنواع العلاج التعبيري فوائد ودور علاجي متميز وذلك حسب التطبيق، المعالج، المريض، والأهداف (Malchiodi, 2005).

وقد أشار كنيل وباربا وفوشس (Knill, Barba, & Fuchs, 1995) إلى تميز العلاج التعبيري عن أنواع العلاجات والممارسات الإرشادية الأخرى من خلال مجموعة من العوامل:

1. إتاحة المجال الحر للتعبير عن الذات.

2. إتاحة المجال للمشاركة التفاعلية ما بين المرشد والمسترشد أو بين المرشد والمجموعة من المسترشدين أنفسهم.

3. الاعتماد على أساليب التخيل لتحقيق أهداف علاجية.

4. إيجاد علاقة ما بين العقل والجسد.

ويشير روجرز (Rogers, 2002) إلى أن التقنيات التي يستخدمها المعالج لخلق مكان آمن للتغيير، ويشمل التعاطف والصدق والانفتاح والتشجيع، والرعاية وهي صفات تساعد على خلق بيئة مريحة لهؤلاءِ المسترشدين للتعبير واستكشاف مشاعرهم. كما يرى كوري (2011) إنّ العلاج بالفنون التعبيرية يستخدم أشكالاً فنية مختلفة مثل: التمثيل والحركة والرسم والتلوين، والنحت والموسيقى والكتابة والارتجال، حتى يتحقق النمو والشفاء واكتشاف الذات، وأنَ هذا التوجه يعمل على دمج: العقل، الجسم، العواطف والمنابع الروحية الداخلية، وإن وسائل العلاج بالفنون التعبيرية مبنية على مبادئ إنسانية تشبه أفكار روجرز عن التجديد والإبداع كما يلي:

أ- كل البشر يملكون قوة داخلية للإبداع وهو عملية تحويلية تؤدي إلى الشفاء.

ب- إن النمو الشخصي يتم بواسطة الوعي الذات وفهمها، والاستبصار الذي يتم من خلال الغوص في داخل مشاعر الحزن والغضب والألم والخوف والسعادة.

ت- إن الفنون التعبيرية تقودنا إلى اللاشعور، وبناءً على ذلك تساعدنا في التعبير عن جوانب مكبوتة في أعماقنا، وتخرج إلى الضوء معلومات جديدة، ووعي جديد أيضاً.

ث- الشكل الواحد من الفنون التعبيرية يثير ويغذي شكلاً آخر، ويحملنا إلى جوهر ذواتنا وهناك ارتباط بين جوهر أعماقنا وبين جوهر كل البشر.

ج- في رحلتنا إلى أعماقنا لنكتشف جوهرنا أو لنكتشف ارتباطنا بالعالم الخارجي، وهكذا يتوحد داخلنا وخارجنا.

أنواع العلاج التعبيري

توجد أنواع عديدة من العلاج التعبيري منها:

1. العلاج عن طريق الفن.
2. العلاج بالحركة، والمعروف أيضا باسم العلاج بالرقص الإيقاعي.
3. العلاج بالدراما.
4. الدراما النفسية.
5. العلاج بالموسيقى.
6. العلاج بالكتابة: كالشعر والقصص.

ومن أهم الأنشطة التي يتضمنها العلاج التعبيري

- العلاج بالأداء الحركي (Movement Therapy): يتضمن فنون الدفاع عن النفس، وبالتفريغ الانفعالي عن الطاقة السلبية الموجودة في الإنسان، وهو مفيد جداً بالوصول للإنسان للسلام مع جسده دون تعرضه للأذى، واشتهر هذا النوع في عام (1940)، ويعرف بالعلاج بالحركة.

- العلاج بالسيكودراما (Psychodrama): وتستخدم هذه الفنية الدراما والمسرح لتحقيق الأهداف العلاجية، وهي فعالة إذ توفر إطاراً بديلاً للمسترشد بربط فيه صراعاته الداخلية والمشاعر، ويمكنه من استكشاف ذاته، وتعزز مهارات العلاقات بين الأفراد. وتمثل السيكودراما أو الدراما

النفسية والتي تتألف من كلمتين هما النفس (Psycho) والدراما (Drama) ومعناها السلوك والتمثيل، شكلاً من أشكال المعالجة النفسية التي يستخدم التمثيل فيها من خلال التقنيات المسرحية لمساعدة المريض في حل مشكلاته. وترجع أصول استخدام السيكودراما إلى العام 1920 على يد الطبيب النفسي النمساوي جاكوب مورينو (Moreno, 1978)، وتمثل أسلوب معالجة معتمدة حالياً على نطاق ما يزيد عن مائة دولة في العالم. وتعتمد السيكودراما على الشمولية في التعبير على مواقف من حياة المريض في الماضي والحاضر وحتى في المستقبل، معتمدة على الحقيقة لا الخيال. هذا يساعد المريض على فهم نفسه واحتياجاتها، والتعويض عن خسارته الشخصية والتغلب على مخاوفه وتطوير وتحسين علاقاته الاجتماعية، والكشف عن مشاعره المكبوتة وبالتالي تطوير مهارات جديدة ناجحة للتواصل. وتوفر السيكودراما طريقة للتعبير الصحي للمشاعر حيث يتحول المريض من مجرد متحدث عن مشكلة من الماضي إلى العمل الفعلي لحلها بوضوح في الوقت الحالي.

وتمكن السيكودراما المريض من القيام أحياناً بدور بطل العرض، في حين يقوم المعالج بلعب دور المخرج، بينما يلعب أعضاء المجموعة الأدوار الأخرى. أما الأدوار المساعدة والتي يقوم بها أفراد آخرون ممن ينضمون إلى مجموعة العمل فإنهم يجسدون جزءاً من حياة المريض (البطل) الواقعية مثل دور أحد الأبناء أو فرد من أفراد الأسرة أو صديق ويتم تبادل الأدوار (Chimera & Baim, 2010).

وتقوم جميع هذه الأدوات على الترابط فيما بينها ككل متكامل للعملية العلاجية والتي من خلالها يمكن مساعدة المجموعة الإرشادية التي يقوم عليها العلاج بصورة صحيحة.

-العلاج بالموسيقى (Music Therapy): وهي فنية يستخدمها المعالج لعلاج العديد من الأمراض كالسكتة القلبية والاضطرابات كالاكتئاب، وتحسين التواصل والتكيف النفسي، ويستخدم للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والمدمنين (Aung, & Lee, 2004; Goodman, 2011).

-العلاج بالصلصال (Clay Therapy): وهي تتضمن تشكيل صور داخلية للمسترشد عن طريق الصلصال، وهي فنية تستخدم لمساعدة المسترشد على حل الصعوبات النفسية، وتحقيق النمو والتشجيع على النمو العاطفي وتطوير العلاقات كالتواصل والتوافق (Malchiodi, 2005).

التعبير الفني للمسترشد

أ- العمل الفني تعبير رمزي يعكس شخصية المسترشد ودوافعه وصراعاته وحاجاته. وكذلك فإن التكتيكات والألوان لها دلالات وقيمة تشخيصية هامة وخاصة في حالات التكرار والاستمرار ومن أمثلة ذلك: التعبير بخطوط غير مفهومة و أشكال طفولية ناقصة في حالة الفصام واستخدام الألوان القاتمة في حالات الاكتئاب.

ب- التعبير الفني التلقائي يتيح فرصة إسقاط مصور لمكنونات ومكبوتات نفسية داخلية مثل المخاوف، وتجسيدها في أعمال فنية مما يعين المسترشد على النظر في مشكلته واضطرابه بموضوعية متزايدة.

ت- التعبير الفني التلقائي وسيلة للتنفيس عن الانفعالات والضغوط والتوترات والصراعات.

ث- التعبير الفني قد يقوم مقام حيل الدفاع النفسي (اللاشعورية).

ج- العمل الفني يشعر الفرد بالإنجاز و النجاح و الثقة بالنفس ودعم الأنا والشعور بالهوية ودعم النضج النفسي.

وبالإضافة إلى الكثير من الفوائد الإكلينيكية للإبداع في العلاج بالفن، يشير المعالج السعودي بإستخدام الفن عوض اليامي (1990، قيد النشرِ) ويشيد بما يقدمه الإبداع الفني في العلميات العلاجية النفسية. إذ يذكر بأن للإبداع الفني ديناميكيات عدة لها أن تغذي العملية العلاجية:

1 - الهزلية (Playfulness): إن العمليات الفنية غير حادة الطباع ولا مقيدة للحرية وتسمح بوقوع الخطأ المحمود الذي يتوقع فيه الفرد أن يعاقب عليه فتحد من حرية التعبير فيه. ومن خلال اللعب الفني يجد الفرد فرصاً غير محدودة للنظر إلى المشكلة من زوايا مختلفة مما يؤدى إلى الإخلال بردود الفعل النمطية التي تعود عليها المريض. وفيها أيضاً أن لا يأخذ الفرد الموضوع بشكل جدي مما يسمح له بأن يتحرر من القيود التي لا تسمح له بالخطأ والتجرؤ على إتباع طرقاً غير معتادة لديه مما قد يكون لها بالغ الأثر في تكشفه لنفسه وما يطمح لأن يصل إليه.

2 - التخيل (Fantasy): وفي التخيل يتعامل الفرد مع الصور والتصور الذي هو في حد ذاته يغذي العملية الابتكارية ومن خلال التخيل والخيال يستطيع الفرد أن يصور الحدث ويضيف إليه العنصر غير اللفظي والذي لا يتعامل مع التجريدية اللفظية الغير قادرة على تجسيم الشعور واللاشعور. وهنا يتكشف الفرد تعبيراً صادقاً ملموساً من خلال الشكل الذي يعكس حقيقة اللاشعور الخفي عن إدراك الفرد.

3 - الحوار (Dialogue): ويحدث الحوار في العلاج بالفن التشكيلي على مستويات مختلفة بين المريض والعمل الفني وبين المعالج. فبينما يقوم المريض بالعملية الفنية فهو في حوار

داخلي بينه وبين ما يرسمه أو يجسمه، وبعد انتهائه من إنتاج عنصر ما فهو يحاوره وكأنه شيء ممثل أمامه يرمز لشيء ما أو شخص ما، ثم يأتي بعد ذلك حوار المريض مع المعالج عن ذلك العنصر أو الرمز. وفي نهاية المطاف فإن العنصر المرسوم يحقق للعميل بديلاً رمزياً يستطيع التعامل معه لحل معضلة ما أو الوصول إلى حلول قد لا يتصور الوصول إليها بدونه . ولنأخذ على سبيل المثال ما قدمه الرسم لأحد المرضى ومثله كثير من أن يجد في رسمه فرص للتحدث والحوار الرمزي مع أبويه اللذان قد توفيا منذ فترة بعيدة. فقد استطاع (محمد) أن يسامح والديه عن تعاملهم القاسي معه في طفولته. شيء لم يكن يخطر على ذهنه أن يكون له فائدة لولا أنه حصل على التشجيع من قبل المعالج بأن يجد في الرموز المرسومة بديلاً سيكولوجياً ووعاءاً يحوى مشاعر وأحاسيس صادقة طالما بحثت عن طريق للخروج والتمثل الواقعي.

والتعبير العميق عن النفس في العلاج بالفن يختلف عنه في الطرق العلاجية الأخرى من حيث الأداء، والحرية، وتكشف محتوى اللاشعور، والأفكار، والسلوكيات، والعادات، وتكشف المواهب التعبيرية الكامنة. ففي حلقات العلاج بالفن يختلف أداء المريض عن ما إذا كان في حلقات العلاج أو الكشف الطبي، فأداء المريض في العلاج بالفن ينتج كمية كبيرة من المعلومات التي تسهم في عمليته العلاجية؛ إذ قد تتراوح مدة الجلسة العلاجية في العلاج بالفن بين النصف ساعة إلى الساعة والنصف يتخللها العديد من النشاطات العلاجية؛ ففيها يناقش المعالج الموضوع المحدد للجلسة ويلاحظ سلوكيات المسترشد من خلال تعامله مع النشاط الفني الذي هو في حد ذاته صورة مماثلة إلى حد ما، لطريقة تعامله مع البيئة خارج الجلسة العلاجية.

ومن هنا يستطيع المعالج متابعة تطور أنماط السلوك التي يسلكها المسترشد في التعامل مع البيئة بدون أن يتصور أو يتوقع بشكل تجريدي كيفية تعامل عميله مع البيئة وأسلوب حياته.

ومن خلال سير الجلسات واستمراريتها يتعلم المعالج كيفية التعامل مع مريضه ويستطيع غرس بعض المفاهيم والسلوكيات المقررة مسبقاً بوصفه فناناً تشكيلياً ممارساً للعمليات الفنية التي يمارسها جنباً إلى جنب مع مريضه الذي يكتسب منه تلك المفاهيم والسلوكيات. وبطريق غير مباشر يستطيع المسترشد تأدية دوره في العملية العلاجية بشكل قد لا يسمح به الوقت أو المجال في الطرق العلاجية الأخرى كالطب النفسي والعلاج النفسي التقليدي.

وعن طريق العلاقة العلاجية التي يبنيها المسترشد مع معالجه بالفن طوال الساعة أو الساعة والنصف المتكررة أسبوعياً يجد نفسه قد خلق علاقة إنسانية وعلاجية تمكنه من معرفة ما إذا كان قادراً على أن يثق بمعالجه أم لا. وعندما يمنح المسترشد معالجه الثقة التي تعتمد عليها العملية العلاجية، تبدأ العملية العلاجية كما يريدها الاثنان وحسب البرنامج العلاجي المتفق عليه مسبقاً. تلك العناصر تعتبر عناصر ذات أهمية كبيرة في العملية العلاجية وقد تسرع عملية العلاج والسيطرة على الاضطرابات النفسية (Naumburg, 1987, p. 8).

إجراءات العلاج التعبيري

1- إعداد متطلبات العلاج التعبيري بالفن: و يقصد بها المواد المطلوبة، وأدوات جمع المعلومات عن المسترشد وشخصيته ومشكلاته وتهيئة المكان وترتيبات الزمان (الجلسات تكون لمدة ساعتين أسبوعيا على الأقل) لأن العمل فيها يكون مناصفة بين التعبير الفني ومناقشته.

2- تحديد الأهداف الإجرائية لعملية العلاج: مثل أن يخفض السلوك العدواني عند المسترشد، ويتخلص من الإدمان أو الخوف المرضي.

3-تكوين العلاقة العلاجية والألفة في مناخ علاجي آمن.

4-تشجيع التعبير الفني لدى المسترشد.

5- تنويع فنيات التعبير الفني: وتتمثل في التعبير الاستكشافي، التعبير عن المشاعر الداخلية والتعبير عن مفهوم الذات (رسم الشخص لنفسه، رسم شخص لآخر)، والتعبير عن العلاقات الاجتماعية (رسم الأسرة، العمل الفني الجماعي).

6- فهم التعبير الفني: يتضمن فهم ما يقول النتاج الفني وما يعبر عنه، وما هو تعليق المسترشد عليه وما علاقته بتاريخه الماضي وحياته الحاضرة.

7-التشخيص: يستفاد من النتاج الفني (الرسم أو النحت و غيره) في عملية التشخيص الفني النفسي.

8-التفاعل مع المسترشد حول التعبير الفني: يتم عن طريق مشاركة المعالج للمريض في العمل الفني، ومناقشة العمل الفني مع المسترشد بقصد استكشاف عمله الفني، ويجب التغلب على مقاومة المسترشد باستخدام فنيات مقاومة المقاومة، أو تحليل عمليات التحويل المعروفة.

9-استغلال الفوائد العلاجية للتعبير الفني: عندما يسقط الفرد خبراته السلبية والإيجابية يحدث نوع من الإفراج والتخفيف والتنفيس. وهذا يسهم في تنمية صورة الذات وتحقيق التوافق بأنواعه.

10-تقدم عملية العلاج: من خلال نمو عملية العلاج بالفن وتقدمها تزداد الثقة المتبادلة، وتزداد إيجابية مفهوم الذات.

11-إنهاء عملية العلاج: يحدث بعد عمليات التنفيس والإسقاط، والمناقشة والتفسير تدريجياً نوع من الشعور بالسلام والصحة النفسية.

استخدامات العلاج التعبيري

يستخدم العلاج التعبيري مع الحالات التالية:

1. المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية.
2. حالات جناح الأحداث والسلوك المضاد للمجتمع.
3. حالات العصاب.
4. حالات الذهان.
5. حالات الإعاقة وذوي الحاجات الخاصة.

الإرشاد الجمعي (Group Counseling)

يعد الإرشاد الجمعي عملية تفاعلية، تتكون من المرشد ومجموعة من الأعضاء الذين يحاولون التعبير عن أنفسهم أثناء الجلسة الإرشادية، وذلك بهدف تغيير لاتجاهاتهم وسلوكياتهم غير المرغوبة. وقد عرفه جازدا وآخرون (Gazda et al, 1978) المشار إليه في أبو عيطة (2014) بأنه عملية تفاعل ديناميكية موجهة لتغيير التفكير والسلوك، على مستويات الشعور أو الوعي، ويتضمن لوظائف علاجية داعمة، وتتحقق وظيفة الإرشاد الجمعي في مجموعة صغيرة ذات موضوع شخصي موحد، يتم التفاعل بينهما لدرجة كبيرة بحيث تعمل لتعديل اتجاهاتهم وسلوكياتهم، التي يؤمن بها مجتمعهم.

إن الأدبيات في الإرشاد الجمعي تعنى بشكل مستمر بمخاطبة ثلاث جوانب، وهي: مراحل المجموعة (Stages of Group)، وديناميكيات المجموعة، أو عمليات المجموعة

(Dynamics or group process)، والقوى العلاجية (Therapeutics forces) (أبو عيطة، 2015).

إرشاد المدمنين (Addicts Counseling)

توجد أنواع مختلفة من البرامج التي تقدم المساعدة في إعادة تأهيل مدمني المخدرات، ومنها العلاج السكني (في المستشفى) ودعم المجموعات المحلية، ومراكز الرعاية الممتدة، ومنازل المقلعين عن الإدمان (Sober Houses)، وبعض مراكز إعادة التأهيل تقدم برامج مختصة لفئات عمرية معينة أو مختصة في علاج إدمان الرجال أو النساء (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2012).

ويتم إرشاد المدمنين بهدف مساعدتهم للتخلص من الإدمان، وتجنب الانتكاسة، وتقديم الدعم لهم من خلال الإرشاد الجمعي المبني على برامج علاجية مستندة على نظريات نفسية وعلمية، وتعد الولايات المتحدة الأمريكية الرائدة في تقديم البرامج الإرشادية لهذه الفئة. ويعد البرنامج الأمريكي الأصل "مدمنو الخمر مجهولو الاسم" (Alcoholics Anonymous (AA) من أكثر طرق علاج إدمان الكحول شهرة ومن البرامج المتقدمة والمنتشرة في جميع أنحاء العالم. كما أن إدارة خدمات الصحة النفسية تعنى بمساعدة المدمنين، إذ أن هناك ما يزيد عن 54 بروتوكول لتحسين علاج المدمنين، وتناقش هذه البروتوكولات القضايا المتعلقة بالبرنامج.

ويعد بروتوكول 41 برنامج خاص لعلاج الإدمان والذي يهتم بالعلاج الجمعي، ويهتم بدور وكفاءة المجموعة عبر التخطيط المسبق للعلاج، حيث يزود المرشد والباحث بالمعلومات والمواضيع التي تهم مسترشديه(SAMHSA), 2012) .

وهنالك خمسة (5) نماذج نظرية في بروتوكول 41 برنامج خاص لعلاج الإدمان لمحاكاة العلاج الجمعي:

1- نموذج العلاج الجمعي نفسياً وتعليمياً.

2- نموذج العلاج الجمعي بتطوير المهارات المختلفة المرتكزة على العلاج التعبيري مثل الرسم والصلصال والسيكودراما والأداء الحركي.

3- نموذج العلاج الجمعي الداعم والمؤيد.

4- نموذج العلاج الجمعي السلوكي.

5- نموذج العلاج الجمعي القائم على الفهم النفسي للعلاقات الشخصية بين أفراد المجموعة.

كما يتحدث بروتوكول 41 عن إمكانية الحاجة إلى استحداث مجموعات علاجية نوعية وخاصة كما تقتضي حالة الفرد تحت العلاج، ويقدم كيفية منع انتكاس حالة المدمن، ولقد اختير لهذه الرسالة نموذج رقم 2 المرتكز على العلاج التعبيري (SAMHSA), 2012).

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

الدراسات السابقة

سيتم في هذا الفصل عرض للدراسات السابقة التي تناولت العلاج التعبيري للمدمنين، وبرامج علاجية أخرى، حسب ما قد توصلت إليه الباحثة بالبحث عن دراسات، ودراسات تناولت أحد فنيات برنامج العلاج التعبيري كالعلاج بالفن في علاج اضطرابات عديدة.

الدراسات التي تناولت علاج المدمنين والدراسات التي تناولت برامج علاجية للمدمنين

- دراسة كوكس وبرايز(Cox & Price, 1990) التي هدفت إلى علاج المدمنين باستخدام العلاج عن طريق الفن، كأداة للتحايل على إنكار المراهقين المشاركين في العلاج من تعاطي المخدرات، وكان أفراد الدراسة (8) مدمنين وأعمارهم ما بين (13-18) عام، وجرى تقييم المدمنين في البداية للمساعدة في التخلص من موضوع الإدمان، وقد كانت إحدى الفنيات المستخدمة هي رسم الحدث، وقد ساعدت في معرفة القضايا الكامنة وراء الإنكار، مثل الشعور بالخجل، من خلال تقديم الحادث الذي وقع أثناء الإدمان، وجعل لديهم نظرة ثاقبة في عدم القدرة على التحكم في موضوع الإدمان، وأفاد أن تجهيز رسومات الحادث، لها آثار قوية عندما تم تفسير الرسوم المشتركة في إطار المجموعة، وقد سهلت على المجموعة عملية فهم الآثار السلبية من تعاطي المخدرات، كما أن المشاركين سجلوا ردود فعل على الحوادث الخاصة بهم، وأظهرت النتائج أن طبيعة العملية الفنية سمحت للمراهقين في التخفيف من الدفاعيات والانفتاح للعملية العلاجية.

- كما أشارت مايرك (Mierke, 1995) التي استخدمت في دراستها العلاج بالفن كأداة تدخل في 90 يوم لمدمني المخدرات والكحول، وقد استخدمت خطوات ال (12) لمتعافي الكحول المجهولين والذي استخدم كمصدر لمواجهة الإنكار وعواقب سلوك الإدمان، من خلال الجلسات العلاجية الفنية في كل أسبوع، وكان هدف هذه الدراسة: رفع تقدر الذات، وتم استخدام تصميم المجموعة الواحدة في دراسة نوعية، واستخدمت نظام التقدير الذاتي بعد كل جلسة لقياس مشاعرهن نحو مهام الفن والاستبصار الذاتي من خلال خبرة العلاج، كما استخدمت مقياس روزنبرغ لتقدير الذات التي توصلت إلى أن العلاج بالفن ساعد المشاركات في مواجهة الانكار والاعتراف وتقبل مشاعرهن وأنهن سيتجنبن عواقب سلوك الإدمان لحماية ذاتهن.

- وأجرى بالنكاس وآتكينز وميلر وفيريرا (Palinkas and Atkins, Miller, & Ferreira, 1996)، دراسة هدفت إلى التعرف على أثر التدريب على المهارات الاجتماعية في سلوك التعاطي عند الفتيات المراهقات، تكونت العينة من (296) فتاة متوسط أعمارهن (16) سنة، وتم إجراء هذه الدراسة في جامعة كاليفورنيا، وتم استخدام قائمة الخبرة الشخصية لتقييم مستوى التعاطي، والتقارير الذاتية، واستمرت هذه الدراسة (16) أسبوع بمعدل جلسة أسبوعيا لمدة (90) دقيقة، حيث تضمنت الجلسات إعطاء معلومات عن مخاطر المخدرات، والسلوك الجنسي، والعنف الأسري، وتم تقييم أفراد العينة (5) مرات، وأظهرت النتائج عدم تحسن العينة التي تلقت تدريبا، ومن محددات الدراسة أنها قد تكون تأثرت بالتقارير الذاتية لمتعاطي المخدرات خلال فترة التقييم.

- هدفت دراسة هورن وكولبو (Horn and Kolbo, 2000) إلى التعرف على أثر إستراتيجيتين في العلاج الانتقائي على المهارات الاجتماعية عند مجموعة من الأفراد متعاطي المخدرات، تكونت عينة الدراسة من (180) فتاة، وأجابت الفتيات عن الأسئلة في صندوق سري، وأظهرت النتائج أن الاستراتيجيات المستخدمة القائمة على العلاج الانتقائي كانت فعالة مع المتعاطين وان الأفراد الذين تلقوا البرنامج أظهروا تحسنا في تقدير الذات وفي المهارات الاجتماعية.

- وفي دراسة قام بها محمد (2001) هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج في الإرشاد النفسي في علاج الإدمان للطلبة المدمنين، وفاعلية برنامج إرشادي معد للطلبة المدمنين وآبائهم (في نفس الوقت) وذلك لمساعدة الطلاب المدمنين في التخلي والابتعاد عن سلوك الإدمان، والاندماج في الحياة بصورة طبيعية، تكونت عينة الدراسة من (18) طالباً من طلبة المرحلة الثانوية الفنية من المدمنين المتطوعين والمتابعين للعلاج الطبي من الإدمان في العيادات المتخصصة في مدينة بور سعيد في مصر، مقسمين إلى ثلاث مجموعات : المجموعة الأولى تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي فقط، والمجموعة الثانية تتكون من (6)أفراد تتلقى العلاج الطبي وبرنامج إرشادي يطبق على الطلبة المدمنين لعلاج الإدمان، والمجموعة الثالثة تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي وبرنامج إرشادي يطبق على الطلبة المدمنين وبرنامج إرشادي يطبق على آباء الطلبة المدمنين، وفي مدى عمر زمني وقدره من (188) شهراً إلى (34) شهراً وبمتوسط عمري قدره (210) شهراً، وانحرافاً معيارياً قدره (15) شهراً، واستخدم الباحث في هذه الدراسة أداتين :الأولى استمارة بيانات أولية

تتضمن بيانات أولية عن المدمن من حيث العمر والجنس والديانة ومرحلة التعليم ومستوى التحصيل والمستوى التعليمي للأب والأم، والأداة الثانية في هذه الدراسة هي استبانة تعاطي المخدرات لقياس مستوى الإدمان لدى الطلاب والذي تم إعداده من قبل الباحث ومكون من (36) فقرة، أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي، حيث توجد فروق دالة إحصائياً بين (المجموعة الأولى) العلاج الطبي فقط (والمجموعة الثانية) العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين، لصالح المجموعة الثانية، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الأولى العلاج الطبي فقط (والمجموعة الثالثة)العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين وإرشاد آباءهم لصالح المجموعة الثالثة، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الثانية العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين (والمجموعة الثالثة) العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين وإرشاد آبائهم (لصالح المجموعة الثالثة).

- وفي دراسة قام بها كاكلامونس (Kaklamanos, 2002) هدفت إلى تقييم فعالية البرامج العلاجية المقدمة للمدمنين قارنت بين مجموعتين :مجموعة تتلقى علاجاً منتظماً، والمجموعة الثانية لا تتلقى علاجاً منتظماً، وتضمن التقييم وصف فعالية العلاج وتحديدها ورضا الأفراد وأسرهم عن نتائج العلاج وقد تكونت عينة الدراسة من (120) مشارك صنفوا إلى مجموعتين: المجموعة الأولى تشمل الأفراد الذين يخضعون إلى برنامج يومي مع أسرهم، والمجموعة الثانية الذين لا يتلقون معالجة، وأظهرت النتائج أن الأفراد في المجموعة الأولى أظهروا رضا عن برامج العلاج المقدمة أكثر من المجموعة الثانية، كذلك أظهرت النتائج أن البرامج العلاجية كانت فعالة في علاج سلوك الإدمان.

- وفي دراسة قامت بها كاردون (Cardone, 2003) هدفت من خلالها لفحص أثر البرامج العلاجية المجتمعية على سلوك تعاطي المخدرات وعلى الوظائف النفسية الأخرى للأفراد المتعاطين للمخدرات، وبالتحديد تفحص هذه الدراسة أثر البرنامج العلاجي الاجتماعي المسمى مشاريع المعالجة المجتمعية، وتألفت عينة الدراسة من (25) فردا، تتراوح أعمارهم بين (27– 56) سنة، حصلوا على درجات مختلفة في مقياس تعاطي المخدرات والمشكلات النفسية، وهدفت الدراسة إلى التعرف على أثر البرنامج العلاجي وفعاليته في خفض سلوك الإدمان والمشكلات النفسية، وتم استخدام قائمة تعاطي المخدرات لقياس مستوى تعاطي المخدرات عند الأفراد، وأظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً في سلوك تعاطي المخدرات والمشكلات النفسية، وأظهرت النتائج أيضاً زيادة في العلاقات الاجتماعية، ولم تظهر النتائج زيادة واضحة في المهارات التربوية.

- وهدفت دراسة الصقهان (2005) لمعرفة مدى فعالية العلاج العقلاني في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المدمنين المتواجدين في مستشفى الملك فهد في المملكة العربية السعودية، وقد تكونت العينة من (20) مدمن، وقد طبق البرنامج لمدة أربعة أسابيع، كل جلسة من ستين دقيقة إلى تسعين دقيقة، وأظهرت النتائج باستخدام التكرارات، والنسب المئوية، واختبار (T–test)، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للعينة التجريبية.

- وهدفت دراسة قواقنة (2006)، إلى استقصاء فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، في تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات، ولقد تكونت عينة الدراسة من (30) مدمناً، تواجدوا خلال البرنامج في أحد مراكز إعادة التأهيل في الأردن،

قسموا على (15) مدمن كعينة تجريبية، و(15) مدمن كعينة ضابطة، وتكون البرنامج من (16) جلسة إرشادية بواقع (90) دقيقة للجلسة، واستخدم الباحث مقياس القلق، ومقياس الاكتئاب، وأظهرت النتائج التي استخدم فيها (ANCOVA) والمتوسطات الحسابية، أنها دالة إحصائيا لصالح العينة التجريبية.

- وهدفت دراسة حنا (2007) إلى اختبار فاعلية برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي لرفع الكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من مدمني المخدرات في عكا– فلسطين، وتم استخدام مقياس الكفاءة لرضوان، وتم اختيار العينة بشكل قصدي وتألفت عينة الدراسة من (50) مدمن، وزعت على (25) مدمن كعينة تجريبية، و(25) مدمن كعينة ضابطة، ممن حصلوا على درجات متدنية في الكفاءة الذاتية، تم استخدام تحليل التباين المشترك، وتحليل التباين الثنائي، وأشارت النتائج إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية.

- وهدفت دراسة درابو وكرونش (Drapeau and Kronish, 2007) إلى التعرف العلاج بالفن الجماعي لهؤلاء المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وأوضحت الدراسة الأثر الفعال للعلاج بالفن" الرسم "لدى الحالات، وأنه حسن جودة الحياة لديهم، وأكدت النتائج على أن العلاج بالفن له فائدة في علاج المرضى النفسيين، وأن الاعتماد على العلاج بالفن يكون أساسياً ورئيساً، وليس علاجاً مساعداً للحالات النفسية الأخرى.

- وسعت عبد النبي (2008) إلى التعرف على فاعلية استخدام العلاج بالفن "الرسم" في التخفيف من الوحدة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة" لدى عينة من طلاب الجامعة

(ذكوراً وإناثاً)، وتكونت عينة الدراسة من تسعة أفراد (خمسة ذكور، أربع إناث) بالفرقة الثالثة (تعليم أساسي) بكلية التربية ببنها، ومتوسط أعمارهم (19,58) بانحراف معياري قدره (0,79)، ولديهم شعور بالوحدة النفسية مرتفع. وقد أوضحت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث) علي مقياس "الشعور بالوحدة النفسية " قبل استخدم العلاج بالفن (الرسم)، وبين رتب درجاتهم بعد تطبيق العلاج بالفن (الرسم) عند مستوي (0,01) وذلك لصالح الطلاب والطالبات في القياس البعدي، وعن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث) علي مقياس "الشعور بالوحدة النفسية" بعد تطبيق العلاج بالفن (الرسم)، وبين رتب درجاتهم بعد فترة المتابعة عند مستوي(0,01) وذلك لصالح ما بعد المتابعة.

- وهدفت دراسة أبو عين (2008)، إلى تحقيق هدفين مسحي وتجريبي، وهدفت الدراسة المسحية إلى استقصاء واقع تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات لدى طلبة كليات المجتمع الأردنية، من حيث الاتجاهات والممارسات والمعلومات .ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة حجمها (600) طالب وطالبة، منهم (310) من الذكور و(290) من الإناث، اختيروا بطريقة العينة الطبقية العشوائية وهدفت الدراسة التجريبية إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشادي للوقاية من تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات لدى طلبة كليات المجتمع المتوسطة في الأردن، قائم على مسح اتجاهات هؤلاء الطلبة نحو العقاقير الخطرة والمخدرات وممارساتهم ومعلوماتهم .وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (64) طالباً وطالبة، نصفهم من

الذكور، والنصف الآخر من الإناث من بين أفراد العينة المسحية، ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس الاتجاهات نحو العقاقير.

وقد بنى الباحث البرنامج الإرشادي الوقائي لأغراض هذه الدراسة، استناداً إلى النظرية المعرفية السلوكية/العلاج المعرفي السلوكي، وطبقه على المجموعة التجريبية في اثنتي عشرة جلسة، مدة كل منها (75–90) دقيقة، وبواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وطُبقت مقاييس الدراسة الثلاثة: مقياس الاتجاهات نحو العقاقير الخطرة والمخدرات، ومقياس الممارسات المرتبطة بالعقاقير الخطرة والمخدرات، ومقياس المعلومات حول العقاقير الخطرة والمخدرات، على المجموعتين التجريبية والضابطة مباشرة بعد انتهاء البرنامج الإرشادي، وكذلك بعد مرور فترة متابعة مدتها خمسة أسابيع من انتهاء البرنامج. استخرجت المتوسطات البعدية المعدلة والأخطاء المعيارية للدرجات القبلية والبعدية، ووضحت دلالات الفروق بين هذه المتوسطات من خلال تحليل التباين الثنائي المشترك، للعينات المترابطة. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على اختبار (T–test) لصالح العينة التجريبية.

- أما دراسة ديهلز (Diehls, 2008) التي أجرتها على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الإدمان باستخدام فعالية العلاج بالفن، وكان أفراد الدراسة (12) مشارك من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (20–57) وقد اختيروا بطريقة قصدية، وكان علاج المدمنين في مركز علاج تعطي المخدرات من خلال مراحل التغيير، وقد استخدم مقياس الإستعداد للتغيير (Readiness And Treatment Eagerness Scale Stages Of Change (SOCRATES)، لقياس مراحل التغيير المسيطرة، وكانت مدة العلاج (4) أسابيع، وقد تم

تسجيل استجابات المشاركين اللفظية وغير اللفظية. كما استخدام اختبار (ت) لعينتين مترابطتين، وأظهرت النتائج تحسنا على القياس البعدي لمقياس (SOCRATES)، وفي البيانات النوعية أظهر المشاركون زيادة في المشاركة والشعور بالراحة مع عملية العلاج بالفن، وكانت نتائج الدراسة مشجعة لاستخدام العلاج عن طريق الفن مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الإدمان.

- وهدفت دراسة الباحثتين بن عثمان وقمان (2012)، إلى التعرف استقصاء فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية تأكيد الذات وخفض متوسط الإدمان لدى مدمني التدخين في الجزائر، ولقد تم اختيار العينة بشكل قصدي، وتكونت من (20) مدمن، وزعوا على (10) مدمن كعينة تجريبية، و(10) مدمن كعينة ضابطة، وقد تكونت جلسات البرنامج العلاجي من (11) جلسة، ولقد أظهرت النتائج باستخدام التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح العينة التجريبية.

- كما سعى المشاقبة (2013) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحسين المهارات الاجتماعية، وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات المتواجدين في أحد المراكز العلاجية في الأردن، إذ تألفت عينة الدراسة من (20) من المدمنين، (10) كعينة ضابطة، و(10) كعينة تجريبية المتواجدين في المركز أثناء البحث، ولقد استخدم الباحث أدوات تقيمية تمثلت في سلوك الإدمان، ومقياس المهارات الاجتماعية، وتم تحليل البيانات باستخدام (T– test) لمجموعة واحدة ولمجموعتين، وقياس المتوسطات الحسابية، التي أظهرت وجود فروق في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية لصالح العينة التجريبية.

- وقامت أبو عيطة والحاج حسن (2014)، باستقصاء فاعلية العلاج التعبيري في تحسين تقدير الذات والدعم الاجتماعي وخفض أعراض الإضطرابات النفسية لدى مدمني المخدرات في الأردن. وتم اختيار (20) مدمناً بطريقة قصدية تتراوح أعمارهم ما بين (19-30) سنة، ليمثلوا أفراد الدراسة من مركز علاج وتأهيل المدمنين، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بطريقة عشوائية؛ المجموعة التجريبية (10) مدمنين والمجموعة الضابطة (10) مدمنين، ولتحقيق أهداف الدراسة تم إعداد مقياس تقدير الذات وقائمة شطب الأعراض النفسية ومقياس الدعم الإجتماعي والتأكد من الصدق والثبات. وتم إعداد برنامج إرشاد مستند على العلاج التعبيري. وتكون البرنامج من (9) جلسات إرشادية، مدة كل جلسة (120) دقيقة. وتم التطبيق القبلي لأدوات الدراسة الثلاثة على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، ثم تعرض أفراد المجموعة التجريبية إلى البرنامج الإرشادي، في حين لم يتعرض أفراد المجموعة الضابطة لذلك، أظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية لصالح أفراد العينة التجريبية.

تعقيب على الدراسات السابقة

اتفقت دراسة الباحثة مع الدراسات التالية التي استخدمت العلاج بالفن في برامج علاجها والذي يعد أحد أنواع العلاج التعبيري، كدراسة كوكس وبرايز (Cox & Price, 1990) ودراسة مايرك (Mierke, 1995)، ودراسة ديهلز (Diehls, 2008)، وأبو عيطة والحاج حسن (2014)، كما اتفقت دراسة الباحثة مع دراسات عديدة استخدمت العلاج التعبيري أو أحد أنواعه كالعلاج بالفن لعلاج اضطرابات عديدة، كدراسة أبو درويش (1996) التي استخدمت العلاج بالفن وتحديدا الرسم

لعلاج الوحدة النفسية، ودراسة درابو وكرونش (Drapeau and Kronish, 2007)، الذي استخدمت العلاج بالفن لعلاج اضطرابات نفسية، ودراسة عبد النبي (2008) لعلاج الوحدة النفسية.

كما اتفقت دراسة الباحثة مع دراسات عديدة استخدمت برامج علاجية تستند إلى نظريات عديدة كدراسة: هورن وكولبو (Horn and Kolbo 2000)، ودراسة محمد (2001)، وكاكلامونس (Kaklamanos, 2002)، وكاردون (Cardone, 2003)، والصقهان (2005)، وقواقنة (2006). لكن مع ذلك، تعتبر هذه الدراسة متميزة عن تلك الدراسات بدراستها لفاعلية العلاج التعبيري على تحسين مهارات الاتصال والتكيف والتوافق النفسي لدى عينة من المدمنين المقيمين في أحد المراكز العلاجية الحديثة لعلاج وتأهيل مدمني ومتعاطي المخدرات في الأردن.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل عرضا للطريقة والإجراءات التي أجريت خلالها الدراسة، ويتمثل ذلك في توضيح لخصائص أفراد الدراسة وأدواتها التي جمعت البيانات من خلالها، والمتمثلة في قائمة تحتوي على مقياس مهارات التواصل، وقائمة مهارات التوافق، ووصفاً للبرنامج العلاجي.

ويوضح هذا الفصل إجراءات الدراسة والمنهجية البحثية المتبعة والأسلوب الإحصائي المستخدم في الوصول إلى النتائج والإجابة عن أسئلة الدراسة.

أفراد الدراسة: اشتملت الدراسة على 24 مشاركاً من المدمنين المقيمين في مركز علاج الإدمان في مدينة عمان، خلال الفترة الواقعة ما بين 2012/12/21—2013/1/28، وقد بلغ عدد المقيمين (45) مقيم وقد اختيرت العينة بشكل قصدي من بين المدمنين المتواجدين، بناءً على رغبتهم في المشاركة بالبرنامج، ولقد تم تقسيم المدمنين على مجموعة ضابطة، ومجموعة تجريبية بشكل عشوائي، بحيث بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (12) مدمن، والمجموعة الضابطة (12) مدمن، والملحق (1) أفراد المجموعة التجريبية من حيث (العمر، ونوع المادة التي يتعاطاها، والدة الزمنية للإدمان) وملحق(2) أفراد المجموعة الضابطة من حيث (العمر، ونوع المادة التي يتعاطاها، والدة الزمنية للإدمان).

أفراد الدراسة وخصائصها: يمثل أفراد الدراسة عينة قصدية إذ تكونت من (24) مدمن من الذكور، والذين تتراوح أعمارهم من (20–35) عاما من المدمنين المقيمين بمركز العلاج والذين

يعانون من تدني في مستوى مهارات التواصل والتوافق حسب مقياس مهارة التواصل ومهارة التوافق الذي طبق عليهم.

أدوات الدراسة:

مقياس مهارات الاتصال (Communication skills scale)

والذي تم تطويره لأغراض الدراسة الحالية والذي يتكون من 29 فقرة موجه لقياس وتقييم مستويات مهارات الاتصال لدى المدمنين ويشتمل على بعدين: مهارات الاتصال اللفظي وتمثله الفقرات (1–13)، وبعد مهارات الاتصال غير لفظي وتمثله الفقرات (14–29)، ويحتوي هذا المقياس على فقرات ذات اتجاه إيجابي وهي: (4–5–6) وباقي المقياس ذو اتجاه سلبي.

بناء المقياس:

تم مقابلة 40 مدمن مقيم بمركز العلاج للإدمان، وطلب منهم الإجابة عن سؤال: كيفية تواصلكم مع الآخرين؟ تم الحصول على 85 إجابة من المدمنين أنفسهم، وبناءا على هذه الإجابات تم بناء المقياس بصورته الأولية وملحق رقم (3) مقياس مهارات التواصل بصورته الأولية، ولقد تمت مقابلة المسؤولين عن المدمنين بالمركز، لأخذ ملاحظاتهم التفصيلية حول سلوك المدمنين داخل المركز، وبالاطلاع على بعض الأدبيات كدراسات (Cox & Price, 1990; Diehls, 2008; Mierke, 1995)، وقد تم اختبار المقياس، حيث تم تطبيق المقياس بصورته الأولية ذو (31) فقرة، للتعرف على درجة فهم ووضوح المقياس، وقد تم الإجابة على جميع فقراته.

صدق المحتوى (صدق المحكمين): تكون المقياس بصورته الأولية من (31)، وتم عرض الفقرات المقترحة للتحكيم على (10) من أعضاء هيئة التدريس في قسم الإرشاد في الجامعة

الهاشمية، وجامعة العلوم الإسلامية، والجامعة الأردنية وفي جامعة العلوم الاسلامية، وفي المركز الوطني لمعالجة الادمان، وفي جامعة العلوم التطبيقية، ومركز علاج الإدمان، ومدرسة كلية المجتمع الإسلامي، وبناءً على ملاحظات الأساتذة المحكمين تم الإبقاء على الفقرات التي حصلت على اتفاق المحكمين بنسبة 80%؛ لتمثيلها أبعاد المقياس أكثر من غيرها، تم حذف فقرتين، وذلك بسبب تكرارهما فأصبح عدد الفقرات النهائية (29) فقرة تمثل كل منها مهارات التواصل ببعديه، والملحق رقم (4) مقياس التواصل بصورته النهائية.

تقدير الدرجات: تم تحديد سلم إجابة رباعي (دائماً، أحيانا، غالبا، أبدا)، أدنى درجة للمقياس =(29)، أعلى= (116)، إذ تعكس العلامة (29) فما دون لا يمتلك مهارة في التواصل، ومن يحصل على (116) يعتبر ممن لديهم مهارة في التواصل. تقدير الدرجات للفقرات الإيجابية: دائماً = (1) درجة، أحياناً = (2) درجة، غالبا= (3) درجة، وأبدا (4) وتم عكسها في الفقرات السلبية.

ثبات المقياس: للتحقق من ثبات المقياس، قامت المرشدة بحساب ثباته من خلال الطريقتين التاليتين:

1- **ثبات القائمة:** فقد تم استخراجه من خلال بطريقة الإعادة بتطبيق القائمة على (24) مدمنا من غير أفراد الدراسة، وتم حساب معامل ارتباط (بيرسون) بين التطبيق الأول والثاني، حيث بلغ معامل الاستقرار (0.941) للقائمة ككل و0.966 لبعد المهارات اللفظية و0.951 لبعد المهارات غير اللفظية، وباستخدام معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha).

الجدول (1). قيم معاملات الارتباط (ألفا كرونباخ) لأبعاد مقياس مهارات التواصل ببعديها اللفظي وغير اللفظي وللمقياس ككل

الرقم	الابعاد	عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ
1	اللفظي	13	0.741
2	غير اللفظي	16	0.778
3	المقياس ككل	29	0.792

مقياس مهارات التوافق: تم استخدام مقياس التكيف النفسي لقياسِ التوافق، والمكون من 40 فقرة والمطور من قبل جبريل (1996)، وقد تكون المقياس من أربع أبعاد فرعية:

1- البعد الشخصي وتمثله الفقرات 1-5-9-13-17-21-25-29.

2- البعد الانفعالي وتمثله الفقرات 2-6-14-10-22-18-26-30.

3- البعد الأسري وتمثله الفقرات 3-7-11-15-19-23-27-31.

4- البعد الاجتماعي وتمثله الفقرات 4-8-16-12-20-24-28-32.

وقد تحقق جبريل (1996) من صدق الاختبار بعرضه على 10 محكمين من المختصين بالتربية وعلم النفس، وعن طريق مقارنة الأداء على الاختبار في مجموعتين متطرفتين في الخصائص التي وضع المقياس لقياسها، وبعد تطبيق الاختبار وجد أنه قادر على التمييز بين المجموعتين. أما فيما يتعلق بثبات الاختبار فقد قام جبريل باستخراج معامل ثبات الاختبار بطريقة الإعادة بتطبيق الأداة بفاصل زمني قدره 12 يوما، على عينة مكونة من 40 طالب وطالبة، وقد بلغ معامل ثبات الاختبار للدرجة الكلية 0.94، أما للبعد الشخصي فقد كان 0.83، وللبعد

الانفعالي 0.79، وللبعد الأسري 0.87، وللبعد الاجتماعي 0.83، ولقد تم استخدام المقياس في العديد من الأبحاث والدراسات السابقة كدراستي (الشوبكي،2008؛ ضمرة، 1998).

صدق المحتوى (صدق المحكمين): تم عرض عبارات المقياس بصورتها الأولية، ملحق (5) مقياس التوافق النفسي بصورته الأولية، حيث تمت مراعاة الوضوح والبساطة، وقد وصل عدد الفقرات الأولية إلى (40) فقرة، وتم عرض الفقرات المقترحة للتحكيم بالمرحلة الأولى، وتم عرض الفقرات المقترحة للتحكيم (10) من أعضاء هيئة التدريس قسم الإرشاد في الجامعة الهاشمية، وجامعة العلوم الإسلامية، والجامعة الأردنية وفي جامعة العلوم الاسلامية، وفي المركز الوطني لمعالجة الادمان، وفي جامعة العلوم التطبيقية، ومركز علاج الإدمان، ومدرسة كلية المجتمع الإسلامي، وبناءً على ملاحظات الأساتذة المحكمين تم الإبقاء على الفقرات التي حصلت اتفاق المحكمين بنسبة 90%؛ لتمثيلها أبعاد المقياس أكثر من غيرها، وتم حذف (8) فقرات، وبقيت 32 فقرة، الملحق رقم (6) التوافق النفسي بصورته النهائية.

تقدير الدرجات: تم تحديد سلم إجابة رباعي (دائماً، أحيانا، غالبا، أبدا)، أدنى درجة للمقياس =(32)، أعلى= (128)، إذ تعكس العلامة (32) فما دون لا يمتلك مهارة في التوافق، ومن يحصل على (128) يعتبر ممن لديهم مهارة في التوافق، تقدير الدرجات للفقرات الإيجابية: دائماً = (1) درجة، أحياناً = (2) درجة، غالبا= (3) درجة، وأبدا (**4**) وتم عكسها في الفقرات السلبية.

ثبات المقياس: للتحقق من ثبات المقياس، تم حساب ثباته من خلال الطريقتين التاليتين:

1. الثبات بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test–retest).

أعيد تطبيق المقياس على (24) مدمن لنفس المركز ولكن من خارج عينة الدراسة، بعد أسبوعين، وتشير نتائج الثبات بطريقة (Test–retest) لأبعاد مقياس مهارات التوافق. حيث بلغ معامل الاستقرار في البعد الشخصي (0.757)، وفي الانفعالي (0.751)، وفي البعد الأسري (0.790)، وفي البعد الاجتماعي (0.715)، وعلى المقياس الكلي لمهارات التوافق (0.840).

الجدول (2). قيم معاملات الارتباط (ألفا كرونباخ) لأبعاد مقياس مهارات التوافق بأبعاده الأربع وللمقياس ككل

الرقم	الابعاد	عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ
1	الشخصي	8	0.735
2	الانفعالي	8	0.801
3	الأسري	8	0.756
4	الاجتماعي	8	0.813
5	المقياس ككل	32	0.822

البرنامج العلاجي

تم تطوير برنامج العلاج التعبيري من قبل الباحثة بعد مراجعة عدد من الدراسات والمحاولات السابقة (Chimera & Baim, 2010; Rasmussen, 2000; SAMHSA, 2012) (فطاير، 2005)، حول أهمية التواصل والتوافق، ويتكون البرنامج من (10) جلسات علاجية متنوعة في استخدام فنيات العلاج التعبيري، كالرسم والصلصال، والموسيقى، بواقع جلستين أسبوعيا، وبمدة زمنية (90) دقيقة للجلسة، تم عرض البرنامج العلاجي على أعضاء هيئة التدريس، في كلية العلوم التربوية/ قسم علم النفس التربوي بالجامعة الهاشمية، وقسم الإرشاد في جامعة العلوم الإسلامية، والمركز الوطني لعلاج الادمان، وأجمع المحكمين على صلاحية البرنامج للتطبيق على المدمنين وأبدوا ملاحظاتهم وتوصياتهم منها:

1- إعادة الصياغة اللغوية، والتحدث بلغة المضارع مثل: تقوم المرشدة، توزع، تناقش بدلاً من أقوم، وأوزع، وأناقش.

2- شرح الواجب البيتي بشكل تفصيلي حتى يتمكن المدمن من فهم المطلوب.

3- إعادة صياغة الأهداف بطريقة إجرائية، الملحق رقم (7) برنامج العلاج التعبيري.

ويهدف البرنامج إلى: تطوير مهارات التواصل والتوافق لدى المدمنين، وبالتحديد يحاول البرنامج تحقيق الأهداف العلاجية الفرعية الآتية:

1- تطوير قدرة المشاركين في البرنامج على الاتصال اللفظي وغير اللفظي بشكل فعال.

2- تحسين مستويات التوافق النفسي لدى المدمنين.

3- مساعدة الأعضاء على التفريغ الانفعالي عن موجات الغضب، من غير التوجه إلى المخدرات، ملحق رقم (13) إلى أسماء المحكمين للمقياس والبرنامج العلاجي.

الجدول (3) ملخص لجلسات البرنامج العلاجي التعبيري

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة
الأولى	الافتتاحية والتعارف	التعارف بين الأعضاء بعضهم البعض، والتعارف بين الأعضاء والمرشدة، وكسر الجمود بينهم.
الثانية والثالثة	لماذا أنا هنا؟	أن يتعرف الأعضاء على مفهوم الإدمان ومراحله.
الرابعة	أنا متصل جيد مع نفسي	أن يتقن الأعضاء الإصغاء لذواتهم.
الخامسة	أنا متصل جيد مع الآخرين	أن يتقن الأعضاء مهارات التواصل الفعال مع الآخرين.
السادسة	أنا متفق مع نفسي والآخرين	أن يتقن الأعضاء التوافق النفسي الفعال.
السابعة	الأداء الحركي	أن يطبق الأعضاء طريقة التفريغ الانفعالي عن موجات الغضب، بشكل سليم وممتع.
الثامنة	أنا أرسم	أن يستبصر الأعضاء مشاكلهم، بطريقة غير لفظية، لسردها فيما بعد بطريقة لفظية فعالة.
التاسعة	سيكودراما	أن يعبر الأعضاء عن مشاعرهم تجاه أنفسهم، اتجاه الآخرين.
العاشرة	ختامية	اختتام البرنامج وتطبيق المقياس البعدي.

إجراءات الدراسة

خلال محاولة الدراسة الحالية للإجابة عن أسئلتها، تم القيام بالإجراءات الآتية:

1. الملحق رقم (11) التنسيق مع مركز علاج الإدمان.
2. اعداد أدوات الدراسة بالصورة الاولية واستخراج دلالات الصدق ومعاملات الثبات لها.
3. اختيار افراد الدراسة بشكل قصدي.
4. تطبيق ادوات الدراسة (مقياس مهارات الاتصال ومقياس مهارات التوافق) على الأفراد المشاركين في الدراسة.
5. وتم توزيع المدمنين إلى مجموعتين قصدياً: 12 مجموعة تجريبية، 12 مجموعة ضابطة.
6. الملحق (12) البروتوكول (الاتفاقية بين الباحثة والأعضاء).
7. البدء بتطبيق البرنامج الارشادي خلال الفترة الواقعة ما بين 2012/12/21 إلى 2013/1/28، وبواقع جلستين اسبوعياً مدة كل جلسة منها 90 دقيقة.
8. تطبيق أداتي الدراسة (مقياس التواصل، مقياس التوافق) على المجموعتين التجريبية والضابطة بتاريخ 2013/1/28.
9. تدريب المجموعة الضابطة، على البرنامج العلاجي التعبيري، بعد الانتهاء من المجموعة التجريبية.
10. تحليل نتائج الدراسة والإجابة عن أسئلتها ومناقشتها.

تصميم الدراسة

تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي والذي يعتمد على المجموعات التجريبية والضابطة والذي يشتمل على نوعين من المتغيرات:

المتغير المستقل: البرنامج العلاجي.

المتغيرات التابعة: مهارات التواصل والتوافق النفسي.

ويمكن التعبير عن تصميم الدراسة بالرسم الآتي:

O1 X O2	**G1**
O1 – O2	**G2**

(G1): المجموعة التجريبية.

(G2): المجموعة الضابطة.

(O1): القياس القبلي.

(X): المعالجة.

(O2): القياس البعدي.

(–): غياب التدخلات العلاجية.

المعالجة الإحصائية

لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من أسئلتها، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، بالإضافة الى تطبيق اختبار تحليل التغاير الاحادي المصاحب (one way ANCOVA لكل مقياس.

الفصل الرابع

النتائج

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

أولا: فيما يتعلق بالسؤال الأول: ما فاعلية برنامج العلاج بالتعبير في تطوير مهارات التواصل لدى عينة من المدمنين على المخدرات؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية لدى عينة من المدمنين، بالإضافة الى تطبيق اختبار تحليل التغاير الاحادي المصاحب (one way ANCOVA) لكل مهارة من مهارات التواصل حيث توضح الجداول التالية نتائج هذا التساؤل، الجدول رقم (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي تبعا لمتغير المجموعة.

الجدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي

تبعا لمتغير المجموعة

المهارة	المجموعة	العدد	القبلي		البعدي		المعدل	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
اللفظي	تجريبية	12	34.75	4.56	16.92	1.24	16.91	1.07
	ضابطة	12	34.92	2.54	22.50	4.98	22.50	1.07
غير اللفظي	تجريبية	12	43.50	5.44	17.00	0.85	17.32	1.49
	ضابطة	12	40.92	4.08	26.08	7.14	25.76	1.49
الكلي للتواصل	تجريبية	12	78.25	9.37	33.92	1.68	34.09	2.12
	ضابطة	12	75.83	6.38	48.58	10.05	48.41	2.12

من خلال بيانات الجدول (4) يتبين أن المتوسط الحسابي لمهارة التواصل اللفظي في القياس البعدي، لأفراد المجموعة التجريبية قد بلغ (16.92)، وهو أفضل من المتوسط الحسابي لدى أفراد المجموعة الضابطة والذي بلغ (22.50). ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات الحسابية ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تم إجراء تحليل التغاير الأحادي المصاحب (one way ANCOVA).

الجدول (5)

نتائج تحليل التباين التغاير المصاحب (one way ANCOVA) لمقياس التواصل في القياسين القبلي والبعدي

المهارة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
اللفظي	القياس القبلي	0.32	1	0.32	0.02	0.881
	المجموعة	187.30	1	187.30	13.58	0.001
	الخطأ	289.60	21	13.79		
	المجموع	476.96	23			
غير اللفظي	القياس القبلي	31.71	1	31.71	1.24	0.278
	المجموعة	395.96	1	395.96	15.48	0.001
	الخطأ	537.20	21	25.58		
	المجموع	1063.96	23			
الكلي للتواصل	القياس القبلي	27.61	1	27.61	0.52	0.479
	المجموعة	1202.12	1	1202.12	22.66	0.000
	الخطأ	1114.22	21	53.06		
	المجموع	2432.50	23			

* دالة احصائيا

يظهر من الجدول (5) أن قيمة (ف) قد بلغت (13.58)، وبمستوى دلالة يساوي (0.001)، مما يشير الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مجموعتي الدراسة في القياسالبعدي في هذهالمهارة بحيث ان دلالة هذه الفروق تكون لصالح المتوسط الحسابي الافضل والعائد لأفراد المجموعة التجريبية وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة.

ثانياً: فيما يتعلق بالسؤال الثاني: ما فاعلية برنامج العلاج بالتعبير في تطوير مهارات التوافق لدى عينة من المدمنين على المخدرات؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس مهارات التوافق النفسي لدى عينة من المدمنين، بالإضافة الى تطبيق اختبار تحليل التغاير الاحادي المصاحب (one way ANCOVA) لكل مهارة من مهارات التوافق حيث توضح الجداول التالية نتائج هذا التساؤل.

الجدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التوافق في القياسين القبلي والبعدي تبعاً لمتغير المجموعة

المهارة	المجموعة	العدد	القبلي		البعدي		المعدل	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
التوافق الشخصي	تجريبية	12	15.83	2.69	29.08	2.64	29.24	0.75
	ضابطة	12	16.33	2.23	20.08	3.23	19.93	0.75
التوافق الانفعالي	تجريبية	12	20.92	2.23	27.58	2.75	27.05	0.76
	ضابطة	12	18.92	2.23	22.50	2.68	23.03	0.76
التوافق الاسري	تجريبية	12	20.25	3.67	28.33	1.92	27.85	0.91
	ضابطة	12	17.83	1.64	22.25	4.00	22.73	0.91
التوافق الاجتماعي	تجريبية	12	16.83	2.95	28.17	2.69	27.73	0.79
	ضابطة	12	15.75	3.11	18.83	4.30	19.27	0.79
التوافق النفسي	تجريبية	12	73.83	8.17	113.17	8.13	111.01	2.35
	ضابطة	12	68.83	5.46	83.67	11.13	85.83	2.35

من خلال بيانات الجدول (6) يتبين أن المتوسط الحسابي لمهارة التوافق النفسي في القياس البعدي، لأفراد المجموعة التجريبية قد بلغ (29.08)، وهو أفضل من المتوسط الحسابي لدى أفراد المجموعة الضابطة والذي بلغ (20.08). ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات الحسابية ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تم إجراء تحليل التغاير الأحادي المصاحب (one way ANCOVA).

الجدول (7)

نتائج تحليل التباين التغاير المصاحب (one way ANCOVA) لمهارة التوافق في القياسين القبلي والبعدي تبعا لمتغير المجموعة

المهارة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي	القياس القبلي	52.32	1	52.32	7.87	0.011
	المجموعة	514.54	1	514.54	77.45	0.000
	الخطأ	139.52	21	6.64		
	المجموع	677.83	23			
التوافق الانفعالي	القياس القبلي	30.72	1	30.72	4.92	0.038
	المجموعة	79.80	1	79.80	12.77	0.002
	الخطأ	131.20	21	6.25		
	المجموع	316.96	23			
التوافق الاسري	القياس القبلي	27.94	1	27.94	3.10	0.093
	المجموعة	131.70	1	131.70	14.63	0.001
	الخطأ	188.98	21	9.00		
	المجموع	438.96	23			
التوافق	القياس	129.71	1	129.71	17.73	0.000

الاجتماعي	القبلي					
	المجموعة	415.45	1	415.45	56.79	0.000
	الخطأ	153.63	21	7.32		
	المجموع	806.00	23			
التوافق النفسي الكلي	القياس القبلي	791.72	1	791.72	12.80	0.002
	المجموعة	3333.52	1	3333.52	53.91	0.000
	الخطأ	1298.61	21	61.84		
	المجموع	7311.83	23			

* دالة احصائيا

يظهر من الجدول (7) أن قيمة (ف) قد بلغت (77.45)، وبمستوى دلالة يساوي (0.000)، مما يشير الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مجموعتي الدراسة في القياسالبعدي في هذ المهارة بحيث ان دلالة هذه الفروق تكون لصالح المتوسط الحسابي الافضل والعائد لأفراد المجموعة التجريبية وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

كان الهدف من الدراسة الحالية هو استقصاء فاعلية برنامج علاجي يستند على العلاج التعبيري لتدريب المدمنين على تحسين مهارات التواصل والتوافق النفسي لديهم، وقد أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي في تطوير مهارات التواصل والتوافق، بين أفراد الدراسة من المدمنين الذكور حيث إنّ تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) للقياس القبلي والبعدي أظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة يساوي من (0,05) بين مجموعتي الدراسة التجريبية.

وعلى المستوى الإحصائي فيما يتعلق بمهارات التواصل، فقد أشارت النتائج لتحليل التباين المشترك المتعدد لمقياس مهارات التواصل ببعديه في القياس البعدي، وتشير قيمة ف المحسوبة إلى وجود فروق بين المجموعتين؛ حيث أن قيمة مستوى الدلالة كانت تساوي (0.05)، وأن الفروق كانت دالة لصالح المجموعة التجريبية. وترجع الفروق إلى فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين مهارات التواصل لدى المدمنين ببعديه اللفظي وغير اللفظي.

وتعزى هذه النتائج إلى ما وظفه البرنامج التدريبي من مهارات وتدريبات فيما يتعلق بمهارات التواصل، وهذا يتفق بشكل عام مع العديد من الدراسات السابقة التي أشارت إلى فاعلية مثل هذه البرامج التدريبية مثل: (Gabriel et al., 2001; Kaklamanos, 2003; Peters & McMahon, 1996; Zeller, 2003)، ودراسات (حنا، 2007؛ قواقنة، 2007؛ محمد، 2001؛ المشاقبة، 2013).

المناقشة الخاصة بالسؤال الأول: أظهرت النتائج المتعلقة بالسؤال الأول تطور في مهارات التواصل لدى المجموعة التجريبية، وتتفق هذه النتائج مع دراسة كل من كوكس وبرايز (Cox and Price, 1990)، حيث أظهر فيها أفراد الدراسة تحسنا ملحوظا في مهارات التواصل لديهم بعد تلقيهم البرنامج العلاجي القائم على الأنشطة التعبيرية، والتي استخدم فيها العلاج بالفن.

كما جاءت هذه النتائج متفقة أيضاً مع بعض الدراسات مثل دراسة ديهلز (Diehls, 2008)، ودراسة مايرك (Mierke, 1995)، ودراسة بالناكس وآتكينز وميلر وفيريرا (Palinkas, Atkins, Miller and Ferreira, 1996)، وقد يرجع ذلك إلى ما تضمنه البرنامج العلاجي من أنشطة متنوعة، ولما تحلى به الجو العام للجلسات من استرخاء ذهني وأمان وسرية، ولقد كان التفاعل واضح جداً ما بين الباحثة وأفراد الدراسة، وما بين الأفراد أنفسهم. وكانت الجلسات تتيح المجال للأفراد بالتحدث بصراحة دون خوف أو قيد مما سمح لهم بالحديث عن مشاكلهم الخاصة، ما قبل اشتراكهم بالبرنامج العلاجي، وكيفية التعامل معها بالشكل السلبي الذي أدى بهم للإقدام على التعاطي المستمر، الذي أدى بهم للإدمان على المواد المخدرة.

ولقد استخدمت فنيات عديدة كالاستبصار بالمشكلة، فلقد "واجه أحد الأفراد نفسه عند سرد أحد القصص التي استخدم فيها تواصل سلبي مع أحد أفراد عائلته، ولقد صرح بأنه توصل لسبب المشكلة، على أنه كان يستخدم الصراخ في حواره بدل من الصوت المنخفض، وبأنه كان يستخدم إشارات غير لفظية وهي غير مناسبة كجحوظ العينين، وإشارة الأصابع بوضعية التهديد، "ولقد حدث في نصف الجلسات مشكلة أحد الأفراد مع زميله بالبرنامج، أدى به لعدم حضور أول الجلسة الخامسة، وبعد مناقشة الأمر معهم بالطريقة الصحيحة من قبل الباحثة، تصالح الأفراد، وأبدوا

سعادتهم على أن المشكلة انتهت بهذا الشكل، لأنها المشكلة الثالثة بينهم، وفي المرتين السابقتين كان يستخدم العراك لحل المشكلة، بدلا من التواصل الفعال".

ولقد تعرف الأفراد على أن التواصل عبر الحديث، ليس بالضعف أو أي إهانة، إذ عبر ليث قائلا: عندما أريد أن أختصر من المشكلات التي تواجهني بمناقشة الأمر، يتم على الفور نعتي بعبارات(الخويف، والجبان، ومش قد الضرب)، ولقد علق نمر بأنه " إذا أردت أن أتحدث مع أبو زوجتي فلابد من أن أتعاطى كمية من الحشيش لكي أتخلص من ضعفي أمامه، ولقد تماديت على والد زوجتي أكثر من مرة بالضرب، لأفرجيه إني قوي وبقدر أضرب".

ولقد عبر خ عن طريق الرسم، بأنه يود الهروب لأرض لا يوجد بها أحد ويعيش لوحده بسبب خجله الزائد"، بالنسبة لعقلة" لقد كان يعيش في صراع مستمر مع والده، رغم استرضاء عقلة له دائماً، إلا أن والده أقدم على تهديده بالسلاح، وفي أحد الأيام قام والد عقلة بإطلاق عيار ناري على ركبته، لعدم توصل عقلة ووالده لتفاهم حول مسألة تربية الأغنام". ولقد تفاعل الأفراد مع البرنامج العلاجي بشكل واضح وجميل، وأبدوا استعدادهم لإعادة الاشتراك في برامج مماثلة.

مناقشة النتائج بالسؤال الثاني: توصلت النتائج إلى فعالية البرنامج الإرشادي وفق أساليب العلاج التعبيري في تحسين مهارات التوافق لدى المدمنين لمقياس مهارات التوافق (جميع أبعاده)، وهي تتفق مع عدد كبير من الدراسات السابقة مثل: الصقهان، 2005؛ عبد النبي، 2008؛ أبو عيطة والحاج حسن، 2014؛ أبو عين، 2008)، ودراسات (Drapeau, & Kronish, 2007). وأيضاً الدراسات(Schippers, Marker, & Fuentasas-Merillas, 2001) ، التي أشارت لفاعلية المجموعات الإرشادية في تحسين التوافق النفسي مع الفئات ذوي الصعوبات الخاصة من الراشدين.

فلقد كانَ البرنامج فعالاً، إذ استخدم فيه فنيات كالسيكودراما، إذ نظم الأفراد مسرحية من تأليفهم، وأداء الأفراد وكانت تدور حول قضايا عديدة، مثل: أن الإنسان غالباً يكون متفق مع نفسه بقضية ما كالدراسة، ولكن في الواقع لا يستطيع أن ينفذ هذه الرغبة، فتكبت في نفسه، ولقد أدوا المسرحية بشكل منظم، ومرتب، بإشراف الباحثة، ولقد حضر العرض مدير المركز وعدد من الضباط المسؤولين، وباقي المدمنين غير المشتركين بالبرنامج، ولقد أبدى الحضور إعجابهم بالعرض لتميزه، فيما عبر (م وح) في نفس الفكرة التي رسماها، بأنه لا يوجد أحد حولهما يقدر ما يفعلانه أو يقومان به من إنجازات، وهما مضطران لمجاراة الآخرين كي لا ينبذان، ولقد عبرا بالرسمة على أنهم" صح انو نحنا بنمشي بالشارع، وبكل حرية لكن بنحس انو محبوسين من الداخل".

وفيما يخص العمل الجماعي فلقد نظمت الباحثة في جلسة الصلصال، فنية عمل الصلصال اليدوي والتي اشترك فيها أفراد البرنامج، وأبدوا تعاونهم، بشكل رائع، وعبر الأفراد على أن هذا النشاط سوف يقومون به مع أفراد أسرتهم، في فنية الاستماع لموسيقى من اختيار الأفراد، والنظر خلال الاستماع لمناظر طبيعية، اكتشف ط أنه يمتلك هواية التصوير، فاقترحت الباحثة بأن يذهب مع آلة تصوير لمناطق عديدة برفقة عائلته والبدء بالتصوير، فيما يخص التوافق النفسي الفعال، طلبت الباحثة تقييم البرنامج وبكل توافقية، فأبدى المشتركون هذه العبارات: قال س: "لأول مرة أشعر بأنني يمكن أن أنجز عمل متقن" ، وقال ع: أستطيع أن أسمع نفسي وأنا أستخدم عبارات لأول مرة، وأضاف ل: استفدت من البرنامج بأنني أستطيع التعبير عن مشاعري بشكل منظم، ومقبول للآخرين.

التوصيات

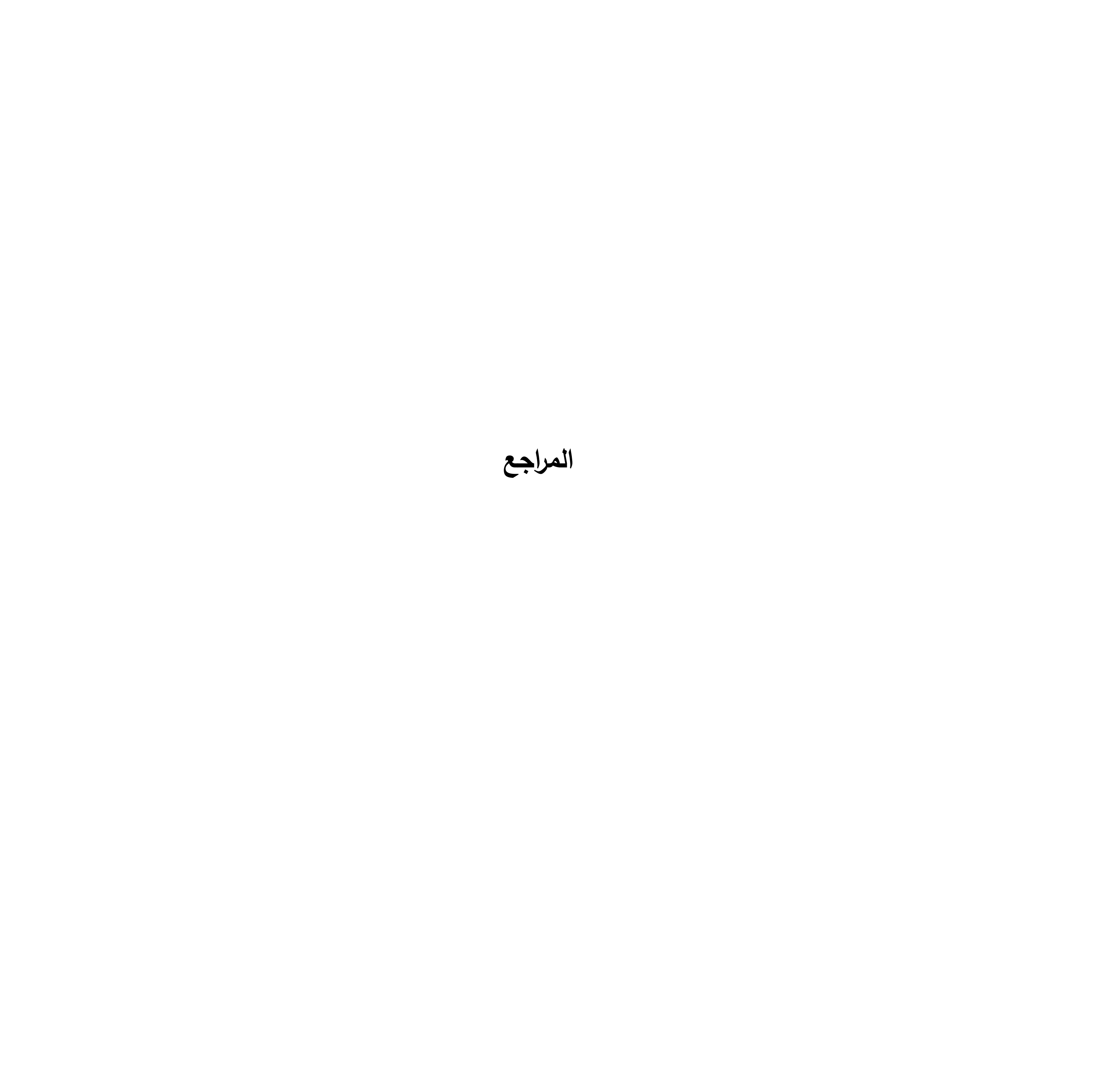
1- إجراء مزيد من الدراسات الهادفة إلى استقصاء فعالية العلاج التعبيري مع عينات من المدمنين المراهقين.

2- تعميم استخدام البرامج العلاجية القائمة على العلاج التعبيري في مراكز علاج إساءة استخدام المواد المخدرة.

3- ضرورة أن تشتمل البرامج العلاجية على مشاركة أفراد الأسرة التي يعيش فيها المدمنون لتعم الفائدة بشكل أشمل.

أخيراً، حققت هذه الدراسة أهدافاً ايجابية لفئة المدمنين عن طريق تطوير مهارات التواصل والتوافق لدى المدمنين.

المراجع



قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم، هيام، **المواد المخدرة والمؤثرات العقلية،** مجلة أردن بلا مخدرات، العدد السادس عشر، إدارة مكافحة المخدرات، المنظمة الأردنية لمكافحة المنشطات (جادو)، (2014).

- **إدارة مكافحة المخدرات،** مجلة أردن بلا مخدرات، مديرية الأمن العام، المنظمة الأردنية لمكافحة المنشطات،(2014).

- جريلب، موسى، **العلاقة بين مركز الضبط وكل من التحصيل الدراسي والتكيف النفسي لدى المراهقين**، مجلة دراسات، العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، المجلد 23، العدد 2، ص. ص. 358-378، (1996).

- حسن، باسمة، **أثر المخدرات على الأمن الاقتصادي في البصرة،** مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، العدد 9 (27)، 35-82، 2013، جامعة الكوفة، الكوفة، العراق.

- حنا، جنان، **أثر برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى مدمني المخدرات في محافظة عكا وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير، 2007 كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- حمدي، نزيه، **الآثار النفسية لتعاطي المخدرات والتبغ**، مجلة السكان والتنمية، العدد الخامس، ص. ص. 141-157.(1999).

- الخزاعلة، عبد العزيز، **الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن: دراسة ميدانية**، مجلة أبحاث اليرموك: سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة اليرموك، المجلد التاسع عشر، العدد 4، ص. ص. 1911 – 1939، (2003).

- آل خليفة، نورة، **فاعلية علاج المدمنين على المخدرات في مملكة البحرين: دراسة تقييمية،** رسالة ماجستير، 2007 كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- الدرابسة، سليمان، **ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن: دراسة اجتماعية،** رسالة ماجستير، 1997 كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- أبو درويش، منى، **تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين من نفس الأسرة في الأردن،** رسالة ماجستير، 1996، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.

- دعبس، يسرى، **الإدمان بين التحريم والمرض: دراسة في انثروبولوجيا الجريمة،** 1994، دار المعارف للطباعة والنشر، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

- السعد، صالح، **تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار غير المشروع بها في الأردن:** دراسة مقارنة، 1992، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الشرقاوي، أنور، **الأبعاد النفسية والاجتماعية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى الشباب،** 1991، منشورات المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، القاهرة، مصر.

- الشناوي، محمد، **العملية الإرشادية**، 1996، دار الغريب للطباعة والنشر، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

- الشوبكي، نايفة، **فاعلية برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم**، رسالة دكتوراه، 2008، جامعة عمان العربية للدراسات العليا الخاصة، عمان، الأردن.

- الصالح، أسامة، **فاعلية المجتمعات العلاجية لمعالجة إدمان المخدرات:** التجربة الأردنية، دراسة مقارنة، مجلة دراسات، العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، المجلد 31، العدد 2، 346- 365، (2004).

- الصقهان، ناصر، **تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات:** دراسة شبه تجريبية على النزلاء المدمنين مستشفى الملك فهد بالقصيم، رسالة ماجستير، 2005، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- ضمرة، جلال، **أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين مهارات الأطفال للتعامل مع الضغوطات وتحسين مستوى تكيفهم**، رسالة ماجستير، 1998 كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- الطويسي، باسم، النصيرات، محمد، المعاني، عبد الرزاق، وكريشان، بشير، **إتجاهات الشباب نحو المخدرات:** دراسة ميدانية في محافظة معان، مجلة دراسات، العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، 2013، المجلد 40، العدد 2، 278- 294، (2013).

- عامر، عبد الحافظ، **العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وكل من الغضب والتوتر والأرق عند طلبة الجامعة وأثر برنامج إرشادي في خفضها**، رسالة ماجستير، 2005 كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا الخاصة، عمان، الأردن.

- عبد النبي، سامية، **فاعلية استخدام العلاج بالفن "الرسم" في التخفيف من الوحدة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة:** دراسة إكلينيكيه-علاجية. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مصر، العدد 39، المجلد 2، ص. ص. 33-65،(2008)

- بن عثمان، حفيظة وقمان، فطيمة، **فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية تأكيد الذات وخفض متوسط الإدمان لدى المدمنين على التدخين:** دراسة ميدانية تجريبية على عينة من جامعة ورقلة، رسالة ليسانس في علمِ النفسِ العيادي، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، 2012، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

- عرموش، هاني، **المخدرات إمبراطورية الشيطان: التعريف والإدمان**، العلاج. ط1، 1993، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

- عزوز، عبد الناصر، **التنشئة الاجتماعية الأسرية والإدمان على المخدرات:** دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون البليدة- الجزائر، رسالة ماجستير، 2005، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- العشماوي، السيد متولي، **الجوانب الاجتماعية لظاهرة المخدرات**، 1995، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- علي، علي عبد السلام، **السلوك التو كيدي والمهارات الاجتماعية وعلاقتهما بالسلوك الانفعالي للغضب بين العاملين والعاملات**، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 57 (15)، 50-69، (2001).

- أبو عيطة، سهام، **مبادئ الإرشاد النفسي**، ط1، 1997، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.

- أبو عيطة، سهام، **مبادئ الإرشاد النفسي**، ط3، 2015، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.

- أبو عيطة، سهام، **الإرشاد الجمعي التدخل والفنيات**، 2014، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.

- أبو عيطة، سهام، والحاج حسن، لينا، **فاعلية العلاج التعبيري في تقليل الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير الذات والدعم الاجتماعي لدى المدمنين**، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد41، العدد1، 139- 161، (2014).

- أبو عين، أحمد، **فاعلية برنامج إرشادي للوقاية من تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات قائم على مسح اتجاهات طلبة كليات المجتمع المعرضين لخطر التعاطي وممارساتهم ومعلوماتهم**، رسالة دكتوراه، 2008، الجامعة الاردنية، عمان، الأردن.

- فايد، حسين، **سيكولوجية الإدمان**، ط1، القاهرة، 2005، طيبة للنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية.

- فطاير، جواد، **الإدمان: أنواعه، مراحله وعلاجه**، 2005، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- قواقنة، حازم، **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات**، رسالة ماجستير، 2007،الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

- كوري، جيرالد، ترجمة سامح الخفش، **النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي**، 2011، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.

- محمد، عبد الصبور، **مدى فاعلية الإرشاد النفسي في علاج الإدمان**، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد 45، ص ص. 205-239، (2001).

- المشاقبة، محمد، **الإدمان على المخدرات: الإرشاد والعلاج النفسي**، 2007، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- المشاقبة، محمد، **فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، الجامعة الإسلامية، المجلد 21، العدد 4، ص. ص.265-291، (2013).

- أبو مغيصيب، عايد والزراد، فيصل، **الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية: التشخيص والعلاج**، 2002، دار اليمامة للطباعة والنشر، دمشق، سوريا.

- مقابلة، مازن، **محور العلاج**، مجلة أردن بلا مخدرات، العدد السادس عشر، إدارة مكافحة المخدرات، المنظمة الأردنية لمكافحة المنشطات (جادو)، (2014).

- ملحم، أحمد، **أضرار المخدرات على الأفراد والمجتمعات**، مجلة أردن بلا مخدرات، العدد السادس عشر، إدارة مكافحة المخدرات، المنظمة الأردنية لمكافحة المنشطات (جادو)، (2014).

- المنيزل، محمد، **سياسة التصدي لآفة المخدرات**، مجلة أردن بلا مخدرات، العدد السادس عشر، إدارة مكافحة المخدرات، المنظمة الأردنية لمكافحة المنشطات (جادو)، (2014).

- النوافلة، حسين، **الخصائص الديمغرافية والنفسية لمتعاطي المخدرات في الأردن**، رسالة ماجستير، 1992 ، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

- اليامي، عوض، **العلاج بالفَنّ**، مجلّة تعليمِ الفَنّ، جامعة الملك سعود، العدد 2، ص. ص. 2-28، (1990).

- اليامي، عوض، **العلاج بالفن التشكيلي**، الرياض، المملكة العربية السعودية: منشورات جامعة الملك سعود. Home - KSU Faculty Member websites

المراجع باللغة الانجليزية:

- American Art Therapy Association (AATA). marks the 25th, Anniversary of the American Art Therapy Association, Art Therapy: **Journal of the American Art Therapy Association**, 11 (1), 26-32, (1994)

- American Art Therapy Association (AATA). Men in Art Therapy, Art Therapy**: Journal of the American Art Therapy Association**, 24 (1), Special Issue, 1- 43, (2007).

- **American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders** (4th -ed) ,DSM-IV, 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.

- Aung, S., & Lee, M. Music, sounds, medicine, and meditation: An integrative approach to the healing arts. **Alternative & Complementary Therapies**, 10 (5), 266-270, (2004).

- Cardone, T. **The effects of modified therapeutic community Model in treating dual-diagnosed patient in an outpatient day treatment Setting. Dissertation Abstracts International**, 2003, Section B 63(11-B), 1331. Alliant International University, San Diego, USA.

- Chimera, C., & Baim, C. **Introduction to Psychodrama**,Cambridge, MA: Proceedings from Workshop for IASA 29th, August,(2010) Conference Workshop " What is Psychodrama? for IASA Conference.

- Cosden, M. Risk and resilience for substance abuse among adolescents and adults with LD, **Journal of Learning Disabilities**, 34(4), 352-358,(2001)

- Coviello, D., Zanis, D., & Lynch, K**. Effectiveness of vocational problem-solving skills on motivation and job-seeking action steps**, Substance Use and Misuse, 39 (13), 2309–2324,(2004).

- Cox, K., & Price, K. Breaking through: Incident drawings with adolescent substance abusers, **The Arts in Psychotherapy**, 17, 333–337, (1990).

- Diehls, A-V. **Art therapy substance abuse and the stages of change,** , Master Thesis , (2008), Department of Psychology Education, Emporia State University .Lyon County, Kansas, USA.

- Drapeau, M., & Kronish, N. Creative art therapy groups: A treatment modality for psychiatric outpatients, Art Therapy: **Journal of the American Art Therapy Association**, 24 (2), 76- 81, (2007).

- Elkins, D., Stovall, K., & Malchiodi, C. American Art Therapy Association, Inc.: 2001-2002 Membership survey report, Art Therapy**: Journal of the American Art Therapy Association**, 20 (1), 28-34, (2003).

- Felson, M., & Clarke, R. **Opportunity makes the thief**, 1998, Police Research Series, Paper No. 98. London, UK: Home Office.

- Gabriel, B., Bromberg, E., Vandenbovenkamp, J., Walka, P., Kornblith, A., & Luzzatto, P. **Art Therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study**, Psycho-Oncology, 10, 114-123(2001).

- Goodman, K. Music therapy education and training: From theory to practice, **Springfield**, (2011) Illinois: Charles C. Thomas.
- Hanes, M. Face-to-Face" with addiction: The spontaneous production of self-portraits in Art therapy, Art Therapy**: Journal of the American Art Therapy Association**, 24 (1), Special Issue, 33-36, (2007).
- Horn, K., & Kolbo, J. Using the cumulative strategies model for drug abuse prevention: A small group analysis of the choices program, **American Journal of Health Studies**, 16, 7– 23, (2000).
- Johnson, D. **Reaching out: Interpersonal effectiveness and self-actualization**, 2000, Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Kaklamanos, K. **An evaluation of an adolescent treatment Program for alcohol and drug use**, 2003, Section B 63(11-B). 5521, Dissertation Abstracts International, Florida State University.
- Knill, P., Barba, H., & Fuchs, M. **Minstrels of the soul**,1995, Toronto: Palmerston Press.
- Malchiodi, C. A. **The art therapy sourcebook**, 1998, New York, NY: McGraw-Hill/ Contemporary Books.
- Malchiodi, C. **Expressive therapies history, theory, and practice**, 2005, New York, NY: Guilford Press.
- Mierke, K. **Group art therapy with African-American Women: Enhancing self-esteem in addiction treatment**, Master Thesis in Art

1995, Education, School of Graduate Studies, Art Therapy and Counseling, Ursuline College, Cleveland, Ohaio, US.

- Moreno, J. **Who shall survive?** (3rd, ed.), 1978, Beacon, NY: Beacon House.

- Naumburg, M. **Dynamically oriented art therapy: Its principles and practices**, 1978, New York, NY: Grune and Stratton.

- Palinkas, L., Atkins, C., Miller, C., & Ferreira, D. **Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents**, Preventive Medicine, 25(6), 692–701, (1996).

- Peters, R., & McMahon, R. **Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency**, 1996, Thousand Oaks, CA: Sage.

- Rasmussen, S**. Addiction treatment: Theory and practice, Thousand Oaks**, 2000, CA: SAGE Publications, Inc.

- Rivera, R. **Art therapy for individuals with severe mental illness**, Master Thesis of Arts, (2008) Annenberg School for Communication, University of Southern California, US.

- Rogers, C. **Carl Rogers interviewed by David Russell. Carl Rogers the quiet revolutionary: An oral history, Roseville**, 2002, CA: Penmarin Books.

- Rogers, Natalie. **The Creative Connection: Expressive Arts as healing. Palo Alto**, 1993, CA: Science & Behavior Books.

- Rogers, N. Expressive Arts for Peace**, Association of Humanistic Psychology (AHP) Perspective**, 2, 1-4,(2004). www.n**rogers**.com/PDF/AHP_**Rogers**.pdf

- Rogers, N, Tudorb, L., Tudorc, E., & Keemard, K. Person-centered expressive arts therapy: **A theoretical encounter**, Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 11(1), 31-47, (2012).

- Rubin, J. **Approaches to art therapy: Theory and technique**, 2001, New York: Brunner-Routledge.

- Schippers, G., Marker, N., & Fuentasas-Merillas, L. Social skills training, prosocial behavior, and aggressiveness in adult incarcerated offenders, **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, 45(2), 244–251, (2001).

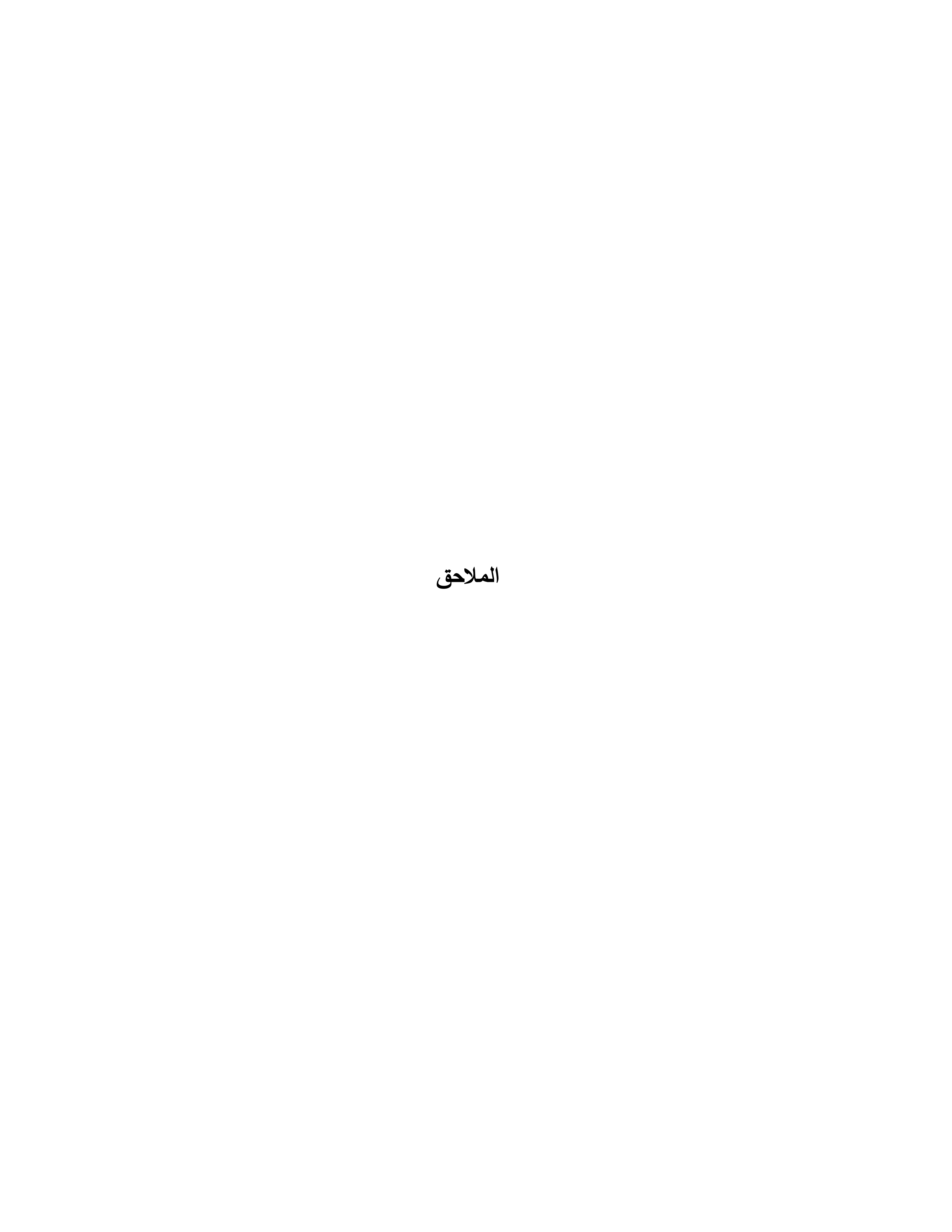
- Simons, R., & Robertson, J. The Impact of parenting factors, deviant peers, and coping style upon adolescent drug use, **Family Relations**, 38, 273-281, (1989).

- **Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Substance abuse treatment**: Group therapy in-service training. Department of health and human services HHS, Publication No. SMA-11-4664. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012, US.

- Williams, J., & Ayers, C. **Racial differences in risk factors for delinquency and substance use among adolescents**, Social Work Research, 23 (4), 241-256, (1999).

- Zeller, J. **An integrative approach to expressive psychotherapy: A multiple case study design of pre-adolescent identity conflict**, 2003, Doctoral Dissertation, Saybrook University Graduate School and Research Center, San Francisco, California, CA, US.

- Zimmerman, M., & Maton, K. Lifestyle and substance use among urban Black male adolescents: A cluster analytic approach. **American Journal of Community Psychology**, 20, 121-138, (1992).



الملاحق

ملحق رقم (1)

أفراد المجموعة التجريبية من حيث (العمر، ونوع المادة التي يتعاطاها، والمدة الزمنية للإدمان)

الرقم	العمر	نوع المادة	مدة الادمان
1	35	هيروين/ شم	10
2	22	حشيش	5
3	30	كوكايين	6
4	25	كبتاجون	6
5	25	كحول	4
6	21	مواد طيارة	3
7	35	هيروين/ ابر	7
8	35	منشطات	2
9	28	القات	15
10	29	ماريجوانا	6
11	27	كوكايين	8
12	31	حشيش	11

ملحق رقم (2)

المجموعة الضابطة من حيث (العمر، ونوع المادة التي يتعاطاها، والمدة الزمنية للإدمان)

الرقم	العمر	نوع المادة	مدة الادمان
1	33	هيروين/ شم	8
2	20	حشيش	3
3	29	كوكايين	6
4	24	كبتاجون	5
5	23	كحول-مواد طيارة	4
6	21	مواد طيارة	3
7	22	هيروين/ ابر	4
8	25	منشطات-حشيش	2
9	27	امفيتامينات	8
10	33	ماريجوانا	6
11	25	كوكايين	8
12	22	حشيش	6

ملحق رقم (3)

مقياس مهارات التواصل بصورته الأولية

فيما يلي مجموعة من أساليب الاتصال التي يستخدمها الأفراد من أجل الاتصال والتفاعل مع أفراد أسرتهم.

الرجاء وضع اشارة (√) مقابل العبارة التي تعبر عن طريقة تواصلك، مع العلم أن هذه المعلومات ستستخدم لأغراض الدراسة العلمية فقط، وسيتم التعامل معها بسرية.

الرقم	العبارة	وضوح الفقرة	الانتاء للبعد	الصياغة اللغوية
البعد اللفظي				
1-	ألجأ للصراخ للتعبير عن رأيي أمام أفراد أسرتي			
2-	أميل إلى استخدام توجيه الشتم عند الاتصال مع أفراد أسرتي			
3-	اهدد افراد اسرتي خلال الاتصال معهم			

-4	أقدم بدائل في حالة رفض طلبي			
-5	أعتمد على الاتصال مع أهلي عبر الهاتف فقط			
-6	أتعمد استخدام المزاح والفكاهة عند الاتصال مع أفراد أسرتي			
-7	أشتم نفسي بصوت مرتفع خلال الحديث مع افراد اسرتي			
-8	غالبا ما أسيء فهم عبارات أفراد أسرتي الموجه لي			
-9	أتحدث مع فرد معين من أفراد أسرتي فقط			
-10	أتلعثم بالكلام أثناء تواصلي مع أسرتي			
-11	أخجل من الكلام بأي موضوع مع الاهل			
-12	أستخدم ألفاظ غير مفهومة أثناء التواصل مع أسرتي			

-13	ألجأ إلى استخدام عبارات التهكم والتقليل من قيمة حديث أهلي معي			
	البعد غير لفظي			
1.	أنسحب من مواقف الاتصال مع أسرتي			
2.	أتظاهر بعد الفهم			
3.	أتظاهر بعدم الاستماع			
4.	أرفض أي قناة اتصال مع أسرتي			
5.	أشغل نفسي بشيء آخر خلال الاتصال مع أسرتي			
6.	أضرب أحد أفراد أسرتي عند الفشل في الاتصال			
7.	أحدث أضرارا مادية في موجودات المنزل للتعبير عن وجهة نظر			
8.	أتظاهر بالنوم			
9.	أظهر السخرية والاستهزاء			
10.	لا أنظر إلى الفرد الذي يتحدث معي			

11.	أتعمد السكوت والصمت كرد على أي تواصل			
12.	أغادر المنزل ولا أسمع أي تواصل			
13.	أستخدم التواصل البصري لإيصال معظم أفكاري			
14.	أكون شارد الذهن أثناء محادثتي			
15.	أستخدم الرسائل المكتوبة لإيصال أي فكرة في ذهني			
16.	امسك أدوات حادة أثناء التواصل			
17.	أجهش بالبكاء أثناء التواصل مع أسرتي			
18.	أرفض الاتصال والاقتراب الجسدي مع باقي			

	أفراد الأسرة			

ملحق (4)

مقياس مهارات التواصل بصورته النهائية

فيما يلي مجموعة من أساليب الاتصال التي يستخدمها الأفراد من أجل الاتصال والتفاعل مع أفراد أسرتهم

الرجاء وضع اشارة (√) مقابل العبارة التي تعبر عن طريقة تواصلك ، مع العلم أن هذه المعلومات ستستخدم

لأغراض الدراسة العلمية فقط، وسيتم التعامل معها بسرية.

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	غالبا	أبدا
	البعد اللفظي				
1-	ألجأ للصراخ للتعبير عن رأييالرافض				
2-	أميل إلى استخدام عبارات الشتم عند الاتصال				
3-	أهدد أفراد أسرتي أثناء الاتصال معهم				
4-	أقدم بدائل في حالة رفض طلبي				
5-	أعتمد على الاتصال مع أهلي عبر الهاتف فقط				
6-	أتعمد استخدام المزاح والفكاهة عند الاتصال				
7-	أشتم نفسي بصوت مرتفع أثناء الحديث				
8-	أسيء فهم عبارات أفراد أسرتي الموجهة لي				
9-	أتحدث مع فرد معين من أفراد أسرتي فقط				
10-	أتلعثم بالكلام أثناء تواصلي				

-11	أخجل من الكلام بأي موضوع مع أسرتي				
-12	أستخدم ألفاظا غير مفهومة أثناء التواصل				
-13	ألجأ إلى استخدام عبارات التهكم والتقليل من قيمة حديث أفراد أسرتي				
	البعد غير لفظي				
-1	أنسحب من مواقف الاتصال				
-2 -3	أتظاهر بعدم الفهم أتظاهر بعدم الاستماع				
-4	يكون اتصالي فعال أثناء تعاطي للمادة				
-5	أشغل نفسي بشيء آخر خلال الاتصال مع أسرتي				
-6	أحدث أضرارا مادية في موجودات المنزل للتعبير عن وجهة نظري				
-7	أتظاهر بالنوم				

8-	لا أنظر إلى الفرد الذي يتحدث معي				
9-	أتعمد السكوت والصمت كرد على أي تواصل				
10-	أغادر المنزل ولا أسمع أي تواصل				
11-	أستخدم التواصل البصري لإيصال معظم أفكاري				
12-	أكون شارد الذهن أثناء محادثتي				
13-	أستخدم الرسائل المكتوبة لإيصال أي فكرة في ذهني				
14-	أعتمد على الاتصال مع أهلي عبر الانترنت فقط				
15-	أرفع أدوات حادة أثناء التواصل				
16-	أجهش بالبكاء أثناء التواصل مع أسرتي				
17-	أرفض الاقتراب الجسدي مع باقي أفراد الأسرة				

ملحق رقم (5)

مقياس التوافق النفسي بصورته الأولية

هذه بعض العبارات التي يستخدمها الأولاد والبنات ليصفوا أنفسهم أو ليصفوا شعورهم.

ضع إشارة (×) في الخانة التي تصف شعورك. أجب بصدق حيث لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة 0

	العبارات	أبدا	قليلاً	أحيانا
1	اشعر أنني إنسان له قيمة			
2	أعاني من تقلبات في المزاج دون معرفة السبب			
3	أتعاون مع أفراد أسرتي			
4	أجرح عند الضرورة شعور الأخرين			
5	لا أثق بنفسي			
6	أشعر بالسعادة			
7	تحدث خلافات بيني وبين أخوتي			
8	أتمتع بشعبية بين الزملاء			
9	أجعل حياتي مليئة بالتفاؤل			
10	أشعر بالحزن والإكتئاب			
11	أحب أفراد أسرتي			

12	أتجنب مقابلة الغرباء			
13	أتمنى لو كنت شخصاً أفضل مما أنا عليه			
14	أحب نفسي			
15	أشعر أن أفراد أسرتي لا يحبون بعضهم			
16	أشارك في النشاط المدرسي			
17	لا أستسلم للفشل وأحاول من جديد			
18	أشكو من القلق			
19	أثق في أفراد أسرتي			
20	أشعر أن زملائي يكرهونني			
21	أشعر أنني مظلوم وسيء الحظ			
22	لا أغضب بسرعة			
23	أشعر أنني غريب بين أفراد أسرتي			
24	أتقبل نقد الأخرين			
25	أعدل من أفكاري أو سلوكي عند الضرورة			
26	أشعر برغبة في البكاء			
27	أتشاور مع أفراد أسرتي في إتخاذ قراراتي			
28	أشعر أن معاملة الأخرين لي سيئة			
29	أشعر أنني أقل من غيري			

30	أشعر أنة ليس من السهل جرح مشاعري			
31	اشعر أن وضع أسرتي يحد من حريتي			
32	أشعر أن علاقاتي حسنة مع الأخرين			
33	أعمل على حل المشكلات التي تواجهني			
34	أشعر بالتململ وعدم الرغبة في الاستقرار في مكان معين			
35	أحب أن أقضي كثيراً من الوقت مع أفراد أسرتي			
36	أشعر بالراحة إذا انصاع الزملاء لإرادتي			
37	أتردد كثيراً قبل قبولي بالأمور			
38	أشعر أن حياتي مليئة بالفرح			
39	أتمنى لو كنت من أسرة غير أسرتي			
40	أتطوع لتقديم المساعدة لمن يحتاجها			

ملحق (6)

مقياس التوافق النفسي بصورته النهائية

هذه بعض العبارات التي يستخدمها الأشخاص ليصفوا أنفسهم أو ليصفوا شعورهم.

ضع إشارة (×) في الخانة التي تصف شعورك . أجب بصدق حيث لا توجد إجابة صحيحـة أو خاطئة

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	غالبا	أبدا
1.	اشعر أنني إنسان له قيمة				
2.	أعاني من تقلبات في المزاج دون معرفة السبب				
3.	أجرح عند الضرورة شعور الأخرين				
4.	لا أثق بنفسي				
5.	أشعر بالسعادة				
6.	أتمتع بشعبية بين الزملاء				
7.	أجعل حياتي مليئة بالتفاؤل				
8.	أشعر بالحزن والاكتئاب				
9.	أحب أفراد أسرتي				
10.	أتجنب مقابلة الغرباء				
11.	أتمنى لو كنت شخصاً أفضل مما أنا عليه				
12.	أحب نفسي				
13.	أشعر أن أفراد أسرتي لا يحبون بعضهم				

.14	لا أستسلم للفشل وأحاول من جديد				
.15	أشكو من القلق				
.16	أثق في أفراد أسرتي				
.17	أشعر أن زملائي يكرهونني				
.18	أشعر أنني غريب بين أفراد أسرتي				
.19	أتقبل نقد الأخرين				
.20	أعدل من أفكاري أو سلوكي عند الضرورة				
.21	أتشاور مع أفراد أسرتي في اتخاذ قراراتي				
.22	أشعر أنني أقل من غيري				
.23	أشعر أنه ليس من السهل جرح مشاعري				
.24	أشعر أن علاقاتي حسنة مع الأخرين				
.25	أعمل على حل المشكلات التي تواجهني				
.26	أشعر بعدم الرغبة في الاستقرار في مكان معي				
.27	أحب أن أقضي كثيراً من الوقت مع أفراد أسرتي				
.28	أشعر بالراحة إذا انصاع الزملاء لإرادتي				
.29	أتردد كثيراً قبل قبولي بالأمور				
.30	أشعر أن حياتي مليئة بالفرح				
.31	أتمنى لو كنت من أسرة غير أسرتي				

32.	أتطوع لتقديم المساعدة لمن يحتاجها				

الملحق رقم (7)

البرنامج العلاجي التعبيري

الجلسة الأولى:(التعارف)

أ-الهدف العام للجلسة:

التعارف بين الأعضاء المشاركين في الجلسة والتعارف بين الأعضاء والمرشدة، وكسر الجمود بينهم.

ب-الأهداف الخاصة للجلسة:

1-التعارف وكسر الجمود وتحقيق الألفة بين المشاركين أنفسهم وبين المشاركين والمرشدة

2-تحديد الهدف العام من البرنامج الإرشادي وما يمكن تحقيقه

3-أن يتعرف المشاركين إلى سبب وجودهم في البرنامج الإرشادي

4-أن يتعرف المشاركين إلى مكونات البرنامج الإرشادي والإرشاد الجمعي ومحتوياته

5-أن يحدد كل مشارك ما هو متوقع، منه وما هو متوقع أن يحققه

ت-الوسائل والأساليب المستخدمة:

1-العصف الذهني

2-المناقشات الجماعية

3-الواجبات المنزلية

ث-الإجراءات التطبيقية:

1-يسبق القيام بأي إجراء جلسة فردية تمهيدية لكل، مشارك يتم التعرف على مشكلاتهم ودوافعهم للانضمام للمجموعة وتعريفه بشروط الانضمام وأهمية توقيع العقد، ملحق رقم (10).

2-تبدأ الجلسة بترحيب المرشدة بالمشاركين وشكرهم على انضمامهم للبرنامج الإرشادي.

3-تشرح المرشدة للمشاركين عن نشاط من هو؟؟ للتعارف.

4-تبدأ المرشدة بإعطاء كل مشارك بالون وورقة صغيرة وقلم ومن ثم تطلب، من كل مشارك التعريف بنفسه بالورقة، وطيها ومن ثم إدخالها بالبالون، وبمشاركة المرشدة أيضا، ومن ثم يطلب من كل مشترك أن ينفخ البالون، ويربطه، وتطلب المرشدة من كل مشارك أن يفلت البالون، ليختلط بالبالونات الأخرى، ومن ثم يبدأ كل مشترك بأخذ بالونا عشوائيا، ثم يقوم بفجره واستخراج الورقة التعريفية لنشاط من هو؟ يقرأ كل مشترك الورقة، ليجيب صاحب الورقة بأنا.

تقديم البرنامج الإرشادي:

1-تقدم المرشدة البرنامج الإرشادي وتوضح الهدف العام، منه وهو تزويد المشاركين بمهارات التكيف المعرفية – السلوكية الفعالة والتي تتكون من المهارات الشخصية والمهارات الاجتماعية، وتذكر المرشدة بأنه سيتم تزويدهم بالمهارات التي يحتاجونها للتواصل مع أسرهم والتوافق معهم، ومع الناس في حياتهم اليومية، كمهارات مفهوم الذات، وتوكيد الذات، واتخاذ القرار، والتعامل مع الضغوطات الاجتماعية، مهارات التواصل، ومهارات التوافق النفسي.

2-تعرض المرشدة المهارات والفنيات التدريبية التي سيركز عليها البرنامج الارشادي: المحاضرة، والمناقشات الجماعية، والاسترخاء العضلي الذهني، ولعب الأدوار، واللعب بالصلصال، والرسم بالألوان، والأنشطة الحركية، والتغذية الراجعة عبر الواجبات.

3-تناقش المرشدة مكان اللقاءات والجلسات القادمة وموعدهما، وعدد هذه الجلسات ومدة كل جلسة، وتركز على ضرورة الالتزام والاهتمام والمتابعة، واحترام المواعيد والمشاركة الايجابية، والاحترام المتبادل وضرورة تنفيذ الواجبات والتعليمات.

4-تتحدث المرشدة عن الإرشاد الجمعي وعن أهمية السرية التامة في المعلومات، والتأكيد على الصدق والأمانة والجو الودي والأمن والتعاون، وتوفير بيئة وأجواء من الحرية للتعبير عن الانفعالات والمشاعر الايجابية والسلبية، وأثر ذلك في استفادة المشاركين من البرنامج.

5-تعرض المرشدة توقعاتها من المشاركين، وتركز على أهمية الالتزام بالحضور في الموعد المحدد وإبداء الرغبة بالمشاركة، وتركز على أن البرنامج هو سلسلة من الحلقات كل حلقة تمثل مهارة معينة، وأن التغيب عن أي جلسة بمثابة فقدان حلقة من السلسلة يتسبب بوجود فجوة تؤثر سلبا على سير البرنامج الإرشادي. مشيرة بهذا المثال إلى أهمية الحضور المستمر للجلسات المتتالية، وتركز على ضرورة أن يعلم المشارك في المجموعة المرشدة إذا صادف ظرفا ما وأصبح من المتعذر عليه حضور الجلسة.

6-تناقش المرشدة مع المشاركين توقعاتهم من البرنامج الإرشادي مع إعطاء وقت كاف لذلك، لتقوم المرشدة بتصحيح التوقعات الغير مناسبة وتثبيت التوقعات المناسبة، إضافة إلى عرض التوقعات الممكنة من الإرشاد، وما هو متوقع من المشاركين من تفاعل ونشاط داخل المجموعة، لأن ذلك يساعد على خلق جو ملائم للإرشاد، ومن ثم تحقيق نتائج إيجابية ومفيدة.

7–تقوم المرشدة بتلخيص ما دار في الجلسة، وتكلف بعض المشاركين بذلك، وتذكر بأن أي عمل جماعي لابد أن تحكمه معايير وشروط وقوانين لتجنب حدوث صراعات ومشكلات في المستقبل.من هنا فإن من المهم الإطلاع على عقد الاتفاق ومناقشة التوقيع عليه، بحيث يضاف ما تراه الجماعة مناسبا، ثم يحتفظ كل من المرشدة والمشارك بنسخة من هذا العقد بعد توقيعه من قبلهما.

7–وفي نهاية الجلسة تناقش المرشدة أية أفكار لدى المشاركين حول الجلسة، وكذلك تتيح لهم فرصة التعبير عن مشاعرهم في هذه الجلسة، وتقوم المرشدة بعد ذلك بالطلب من كل مشارك ليتحدث عن أفكاره ويصف مشاعره عن جلسة اليوم، وتشكر على الحضور. وأخيرا تذكر المرشدة المشاركين بمكان وموعد انعقاد وموضوع الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية والثالثة: (لماذا أنا هنا؟؟) وهي تهدف إلى معرفة مراحل الإدمان والسبب وراء الإدمان وقد استعانت الباحث بدراسة فطاير (2010) في وضع نشاط هذه الجلسة

- الهدف العام للجلسة:

أن يتعرف المشاركين على تعريف الإدمان ومراحله

-الأهداف الخاصة للجلسة: -

1-إعادة تعارف المشاركين فيما بينهم.

2-أن يتعرف المشاركين على معنى الإدمان

3-أن يتعرف المشاركين على مراحل الإدمان

4-أن يقدم المشاركين السبب وراء الإدمان

-الوسائل والإجراءات: -

- ورقة عمل تحتوي على مراحل الإدمان.

- جهاز عرض

- أقلام وورق

- أغنية تتحدث عن الإدمان

- المناقشات الجماعية

- الإجراءات التطبيقية: -

– ترحب المرشدة بالمشتركين وتشكرهم على التزامهم بالحضور في الموعد المحدد ومن ثم تعاود التعريف بنفسها وتجديد التعرف على بعضهم البعض.

– تعرض المرشدة الأغنية التي تتحدث عن الإدمان وهي أغنية للفنان حسين الجسمي بعنوان ضيعت نفسك ليه؟

– تقدم المرشدة الأوراق والأقلام للمشتركين وتطلب منهم تعريف الإدمان وما هي مراحله.

– تعطي المرشدة مدة ربع ساعة للمشتركين للإجابة عن السؤال، ومن ثم تفتح لهم المجال في الإجابة عن السؤال عن طريق تسجيل إجاباتهم على لوحة بيضاء.

– تجيب المرشدة عن تعريف الإدمان (Addiction): بأنه النتيجة الحتمية والنهائية للتعاطي المستمر للمخدرات، وينشأ التعاطي المتكرر للمخدر الطبيعي أو الصناعي. أما التعاطي (Substance Use): هو التناول غير المشروع للمخدرات بطريقة غير منتظمة وغير دورية ويتعاطاها الأفراد من أجل إحداث تغيير في المزاج أو في الحالة العقلية ولكنه لا يصل إلى حد الاعتماد التام عليها (Rasmussen, 2000).

– تبدأ المرشدة بتعداد المراحل التي يمر بها المدمن، وبشرح التفاصيل لكل مرحلة، وهي مراحل خمسة على شكل ورقة عمل، الملحق (8) ورقة عمل (1) مراحل الإدمان، والملحق (9) ورقة عمل (2) مراحل الإدمان، على مدار جلستين.

–تطلب المرشدة من المشتركين بأن يصف كل منهم بأي مرحلة قد وصل لها، وإذا كان بالإمكان أن يذكر السبب الحقيقي للإدمان.

- تفسح المرشدة للمشتركين بالنقاش الجماعي وسماع آراءهم حول موضوع المراحل التي يمر بها المدمن وتدون ما سيذكرونه

- تشكر المرشدة المشتركين على حسن إصغائهم وتشرح لهم الواجب البيتي وهو

المراحل الخمسة	وصف شخصيتي بكل مرحلة

الملحق (8)

ورقة عمل (1) مراحل الإدمان

المرحلة الأولى: الاستكشافية ان الأفكار التي نكتسبها والممارسات والتصرفات التي نلاحظها ونراها من قبل آبائنا وأصدقائنا وأساتذتنا، وما نشاهده على شاشات التلفاز ترسم لنا ما هو القبيح والجميل، والسيئ والجيد والمقبول والمرفوض بالإضافة إلى قراراتنا الشخصية في هذه المرحلة، قلما يكون هناك أذى، بل مجموعة من الأحاسيس الإيجابية والتصورات الرائعة تبنى وتختبر، بالإضافة إلى مهارات اجتماعية جديدة نكتشفها بأنفسنا تعطينا الإحساس بالقوة والهوية الجديدة.

في هذه المرحلة يكون الآباء والأمهات غير قلقين على أولادهم في هذه المرحلة، كثير منهم يفسر ما يراه من ممارسات على أنه الموضة السائدة بين الجيل الجديد، هذه المرحلة تخلو من المشكلات الكبيرة الواضحة، وان وقعت مشكلات فهي بسيطة، مثل زيادة المصروف أو تصرفات سيئة غالبا ما تفسر يعيدا عن الاحتمالات الإدمانية. هنا لا نجد مكانا للاعتمادية الجسمانية ولا العقلية، فالمبتدئ يستطيع التوقف عن الشرب أو التدخين أو القمار، وتكون السيطرة سهلة، ولكن قلة من يتوقفون في هذه المرحلة، في حين أن الغالبية تستمر لأنها لا تجد أي أذى مما تفعله، سمات هذه المرحلة:

بعض الخوف وعدم التأكد من العواقب، يشوبها بعض الذنب

والتردد في حين يسودها الدهشة والرغبة في اكتشاف الجديد والغامض.

احتمال الاستمرار متوقف على طبيعة الشخص الجسمانية والعقلية وطبيعة الظروف الاجتماعية وكذلك طبيعة الموضوع الإدماني.

هذه المرحلة قد تكون للبعض بداية لمرحلة طويلة وشاقة مع الإدمان وقد تكون للبعض الآخر هي البداية والنهاية. فإن طبيعة الشخص واتزانه العقلي والجسدي واعتبار الظروف الاجتماعية والعلاقات التي يتمتع بها الشخص، قد تكون العوامل الأساسية في محاولة الاستكشاف أو عدمه أو الاستكشاف ونهايته.

المرحلة الثانية شهر العسل: وهنا نجد أن المدمن يبدأ في الإنكار على نفسه أن هناك مشكلة، أو يبدأ في تسويغ تلك التصرفات، رغم ما يسمعه من الآخرين أنه تغير هنا يبدأ تطور وظهور المنطق الإدماني، حيث يسوغ المدمن تصرفاته ويخطط استراتيجيات الاستمرار، ويخفي تصرفاته عن الآخرين إن العقلية الجديدة التي توجه تصرفات المدمن تقنعه بأن شربه للكحول ضرورة لسعادته وحياته، يظهر في هذه المرحلة التنافس في داخل المدمن بين صنفين من المنطق:

المنطق الطبيعي: إلى يبدو قلقا على الشرب، اذ يرى أن كثرة الشرب عملية مؤذية، كما يكون واعيا ماذا يعني أن يكون المرء مدمنا على الخمر، وواعيا أن هناك أناسا مدمنين، المنطق الإدماني: الذي يقول بأن أولئك مدمنون أما هو فلا يمكن أن يصبح مثلهم، وببساطه هو قادر على ضبط شربه والتحكم فيه وهو يشرب فقط حتى يسهل مصاعب العمل أو ضغوط الأسرة أو حتى يفرح قليلا بدون أي أذى. لا توجد مشكلات جدية حتى الآن في هذه المرحلة. وقد تستمر هذه المرحلة لسنوات أو أشهر، وفيها يستطيع المرء الاستمرار في حياته وعمله وأسرته، يكون قادرا على تلبية التوقعات الاجتماعية منه.

تأتي التغيرات على الجانب العاطفي أيضا حيث يرى المدمن أنه عندما يتعاطى موضوعة الإدماني، يشعر بأنه أكثر قوة وثقة وجاذبية وذكاء وشجاعة، خاصة إذا ما فقد هذه المميزات بعيدا عن موضوعه الإدماني وهنا يشعر بأنه يتعاطى حتى يصبح ذلك الشخص الجديد الأفضل

الذي يطمح أن يكون، إن مفهوم شهر العسل جاء بناء على عرض من المدمنين الذين كانوا يشاركون بخبراتهم حيث تركوا المرحلة الاستكشافية الأولى.

إنهم يصفون الفرق بين المرحلة الأولى و الثانية بزيادة الحاجة إلى الموضوع الإدماني ، ولكن مع وجود الأحاسيس الجميلة وعدم رؤية أي اذى من التصرفات الجديدة بل والشعور بالسيطرة على الموقف تماما ، في هذه المرحلة يصبح التعاطي مألوفا ، ويصبح الشخص مرتاحا به وهنا يقيم المتعاطي نمطه الخاص ، كاختيار نوع معين من المشروب أو المخدرات ، تبدأ في هذه المرحلة تأثيرات سلبية على حياة الشخص الاجتماعية ، نجده أقل تفاعلا مع الآخرين ، الأسرة و الأصدقاء كما نجده أقل انخراطا في النشاطات الاجتماعية التي تخلو من وجود موضوعه الإدماني .

هنا يبني المدمن القدرة على تحمل الموضوع الإدماني، أي التأقلم معه، فيتأقلم الجسد على المخدر ويطلب المزيد حتى يوفر الإحساس بالنشوة في هذه المرحلة تبدأ بعض المشكلات بين المدمن وأسرته وأصدقاءه، ولكن غالبا ما يتم إهمالها معتقد أنه قادر على إدارة الأمور في هذه المرحلة تظهر علاقات جديدة ووجوه جديدة وأناس غالبا ما يشاركون المدمن اهتماماته ويؤيدون تصرفاته الجديدة.

الملحق (9)

ورقة عمل (2) مراحل الإدمان

المرحلة الثالثة: الخلخلة: هي المرحلة التي يبدأ فيها إطار الحياة بالاهتزاز والخلخلة، حيث يبدأ الإدمان يأخذ حياة المدمن ويحرقها كالأسرة والعمل وغيرهما ممن هو قريب من المدمن أو عزيز عليه تتسم هذه المرحلة بالاكتئاب وقلة المشاركة في النشاطات الاجتماعية وقلة الحماسة لتحمل المسؤوليات انها مرحلة حيث نجد الانسحاب الاجتماعي والعزلة، والبعض يفكر بالانتحار نتيجة الخوف والذنب والغضب وعدم اليقين لما سيأتي في المستقبل إن الإنكار سمة أساسية في هذه المرحلة.

هنا يقر المدمنون بأن كل يوم يسير في هذه المرحلة وكل عمل ومهمة تتطلب الكثير من الجهد حتى يتمكن المرء من القيام بها، حتى القيام السرير إن هذه المرحلة تتميز بالكثير من الانفجار والجدل والتذمر حيث يزداد التوتر في الحياة تزداد الخلافات بين الأزواج، تقل قنوات التواصل، عدم الاهتمام بالأسرة والسعي نحو الانفصال وغالباً هنا يلجأ المدمن إلى الترويح عن نفسه من تلك التغيرات السلبية بزيادة التعاطي أو الانتقال إلى مخدر آخر، أو زيادة الجرعة أو البحث عن مخدر أكثر قوة، هنا يصبح الإدمان أكثر تكلفة، ويؤثر سلباً على الصحة والمسؤوليات والعلاقات مع الآخرين ينتقل الإنكار إلى أشد الناس قرباً من المدمن " لا يمكن أن يفعل ابني ذلك ..... انه أذكى من أن يفعل ذلك " إن إنكار الأسرة يغذي إنكار المدمن، يعطوه فرصة بعيدا عن المصحة ليترك الإدمان ، لكنه لا يستطيع كل هذا الإنكار من قبل الأسرة غالباً ما يشجع على التعاطي و التمادي فيه ، ومن خلاله ينمو الإدمان .

في هذه المرحلة تسعى الأسرة لحل مشكلة الإدمان بإعطاء فرصة أخرى للمدمن وإعطائه حوافز مادية للرجوع عن الإدمان، ولكن للأسف يستخدمها المدمن في زيادة إدمانه وهنا نجد الآباء، ولغياب الفهم السليم لحقيقة الإدمان أو لسوء الفهم أو الإنكار أحيانا أخرى، نجدهم وبدون علم يضيفون بيئة أفضل لنمو الإدمان وتمكينه من حياة أولادهم وبدون شك، فإن هذه المرحلة هي من أخطر المراحل، يقول أحدهم: إنها بداية الانزلاق، إنها تدهور في العزيمة وانهيار في المبادئ والقيم والمثل العليا. وفي هذه المرحلة يصبح الإدمان أكثر قوة من المرحلة الثانية ومن إشاراتها:

زيادة المصروفات.

زيادة استهلاك الوقت في الإدمان.

تدهور القدرة على التعامل مع المسؤوليات ... المدرسة، الجامعة، العمل، الأسرة، الأصدقاء وحتى الصحة.

تغيرات في أسلوب الحياة، وتتضمن العزلة عن الأقارب وتغيرات اجتماعية.

تغيرات عاطفية، كسرعة الغضب والعنف والعدوانية والاكتئاب والعزلة، وأحيانا يستطيع المدمن إخفاء كل تلك المشاعر.

مشكلات قانونية.

في هذه المرحلة يبدأ المنطق الإدماني بالسيطرة واختفاء المنطق الطبيعي.

المرحلة الرابعة: الاستسلام، في هذه المرحلة يستسلم المرء ويضعف أمام ضغوط الإدمان، يضع كل ما يملكه من ممتلكات مادية ومعنوية للبيع بأرخص الأسعار في سبيل إشباع الرغبات الإدمانية " يصبح الشخص في هذه المرحلة مكشوف للآخرين بأن لديه مشكلة مع الإدمان " أول

ما يستغني عنه المدمن ويبيعه هو احترامه لنفسه ، ويكون واضح على مظهرهم الخارجي وعلى تصرفاتهم ،ثم يبدأ المدمن بالتنازل عن أغلى وأهم علاقاته مع الأسرة وينمو اتجاه سلبي نحوهم ، لأنهم لا يساندون أهم شيء يريده المدمن، ويصبح دخول السجن لدى المدمن في هذه المرحلة أمراً عادياً، لأنه يضبط كثيرا تحت تأثير المخدر ،تكون الأفكار الانتحارية في هذه المرحلة شيئاً متوقعاً، ومن علامات هذه المرحلة الواضحة زيادة كمية التعاطي.

المرحلة الخامسة: الزلزال: في هذه المرحلة، تبدأ قوة الإدمان بالسيطرة الكاملة على إرادة المدمن وعلى حياته، وما اسم هذه المرحلة إلا تعبير رمزي عن الزلزلة في حياة المدمن بأكملها، وحياة من حوله، إن هذه المرحلة مليئة بالانفجار والمشكلات في حياة المدمن، في صحته وأسرته وعمله، واضطرابات مع القانون والحياة بشكل عام، قد يفعل المدمن أي شيء ممكن حتى يشبع رغباته الإدمانية. في هذه المرحلة نجد أن الاضطرابات الجسمانية والنفسية سمات واضحة كالهلوسة والتهيؤات والاكتئاب ومحاولات الانتحار، كل حياة المدمن تتمحور الآن حول الموضوع الإدماني، مع انه فاقد الشعور باللذة والنشوة من الموضوع الإدماني، هنا يدرك المدمن الخطر المحدق به لكنه لا يملك القوة العاطفية أو الفكرية أو حتى الجسدية لكي يتجنبه.

الجلسة الرابعة: (أنا متصل جيد مع نفسي):

الهدف العام للجلسة:

-كيفية الاستماع لمطالب النفس.

الأهداف الخاصة للجلسة:

-الاستماع للصوت الداخلي لأنفسهم.

- عدم إهمال أي حاجة يحسوا بها بداخلهم.

- الحوار الفعال بينهم وبين أنفسهم

-الوسائل والأساليب:

-المناقشات الجماعية

- غرفة بعيدة عن الضجة

الإجراءات التطبيقية:

- ترحب المرشدة بالمشتركين، وتشكرهم على التزامهم بالموعد المحدد بالحضور، ثم تناقش معهم الواجب البيتي.
- تطلب منهم كتابة ما يفكرون به في اللحظة الراهنة، ثم تطلب منهم الاستماع لأغنية يتفق عليها الجميع، ومن ثم تطلب منهم كتابة ما يفكرون به، ومن ثم تطلب منهم

الاستماع لصوت البحر ومن ثم تطلب منهم بعدها كتابة ما يفكرون فيه وعند الانتهاء مقارنة ما يفكرون بالظروف الثلاثة.

- تناقش المرشدة معهم أفكارهم، وتعطي المجال للنقاش بكيفية الاستماع لمطالبهم الداخلية وكيفية التعامل معها.
- تشكر المرشدة من المشتركين حضورهم وتفاعلهم بالجلسة، وتشرح لهم الواجب البيتي وهو:

إحساسك بشعور معين	كيفية الإصغاء لهذا المطلب

الجلسة الخامسة: (أنا متصل جيد مع الآخرين)

أ-الهدف العام للجلسة:

-الإصغاء لمطالب الآخرين.

ب-الأهداف الخاصة للجلسة:

1-أن يمارس المشاركين مهارات التواصل: السلوك اللفظي وغير اللفظي.

2.أن يمارس فنيات التواصل الإنساني: الاستماع الفعال.

3. أن يطبق المشاركين فنيات التعامل والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين في المواقف الحياتية، وخاصة فيما يتعلق بمواقف تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات.

ت-الوسائل والأساليب المستخدمة:

1-المحاضرة المرئية عبر Data Show

2-المناقشات الجماعية.

3-الواجبات المنزلية.

ث-الإجراءات التطبيقية:

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة (10) دقائق.

تدريب المشاركين على النشاط الآتي:

النشاط (1):

–تطلب المرشدة من كل مشارك أن يختار أحد زملائه المشاركين ويتحدث معه لفترة محدودة من الزمن، بقصد التعارف، وإيجاد نوع من الراحة والألفة ما بين أفراد المجموعة، ثم تطلب المدربة من كل مشترك التعريف بالآخر، حتى تتأكد المدربة أن الجميع قد عرفوا أسماء بعضهم.

– وتوضح المرشدة بأن الإرشاد يهدف إلى مساعدة الأفراد في كشف وتحليل مشاكلهم، وفهم ذواتهم وتقبلها ضمن الجو الجماعي الآمن للمجموعة.

– تطبق المرشدة مقياس التواصل على المشاركين يستغرق من (10–15) دقيقة.

– تقدم المرشدة مفهوم التواصل الفعال.

–تعرض المرشدة أهمية تعبيرات السلوك اللفظي والاستماع الفعال وأثره في تحسين العلاقات الإنسانية، فتقول: " عندما تستمع لشخص آخر بشكل جيد، فإنك تفهم ما يقول وتفهم مشاعره، وهذا يؤدي إلى تشجيع الشخص على أن يأخذ موقفا جديدا ويفهم ما يدور حوله".

إن التواصل الإنساني باستخدام السلوك اللفظي اللغوي، واستخدام تعبيرات السلوك اللفظي، وإتقان مهارة الإصغاء، أو الاستماع الجيد يساعد الشخص على تجميع معلوماته ويشكل بداية لحل مشكلته بنفسه، أو أن يجرب بعض البدائل.

. تقدم المرشدة تعريفا لمهارات التواصل: يلعب السلوك غير اللفظي دوراً مهماً في اتصالاتنا وعلاقتنا مع الآخرين. وعلى الرغم من أننا نركز في اتصالاتنا على الكلمة المنطوقة، فان معظم المعنى ينتقل عن طريق السلوك غير اللفظي. ويوجد علاقة متبادلة بين السلوك اللفظي وغير

اللفظي وذلك بتطابق التصرفات غير اللفظية مع التصرفات اللفظية وعدم تعارضها. ويعبر عن السلوكيات غير اللفظية مثل: حركات الجسم بما فيها حركة ونظرة العيون وتقطيب الحواجب والابتسامة وحركة الشفاه وتعبيرات الوجه وحركة الرأس والأيدي وغيرها، مرافقات اللغة. كالهمس، وتغيرات نغمة الصوت وطلاقة الحديث والصمت وغيرها (الشناوي، 1996).

. تقدم المرشدة تعريفا للاستماع الفعال كالآتي: الانتباه إلى الشخص المتكلم بالنظر إليه والقيام بإيماءات مثل، هزة الرأس، والجلوس بوضع مائل للأمام، وأن يكون الجسم بوضعية منفتحة للحوار تدل على استماعك له، ومحاولة فهم ما يقوله بالاستيضاح منه عن العبارات الغامضة في حديثه، وإعطاؤه الوقت الكافي للتعبير عن مشاعره وأفكاره دون مقاطعة، وبذل جهدك لفهم ما يقوله ومعرفة ما يريده.

. تطلب المرشدة من المشاركين تعريف مهارات التواصل وتعريف الاستماع الفعال بطريقتهم الخاصة.

. تناقش الأمور الأساسية التي تضمنها التعريفان وهي: -

أ-المحافظة على استخدام تعبيرات السلوك غير اللفظي، والمحافظة على التواصل البصري بين المتحدث والمستمع.

ب-إشعار الطرف الآخر بالاستماع، من خلال طريقة الجلوس، ووضعية الجسم، ووجهة الرأس (مهارات السلوك الحضوري).

ج-محاولة فهم الرسالة.

د–الاستيضاح في حالة عدم فهم ما يقوله المتحدث.

هـ–عدم مقاطعة المتحدث.

و–عكس الفهم، بمعنى إرسال رسائل تعبر للطرف الآخر أننا فهمنا ما قاله.

– توضح المرشدة للمشاركين أهمية تعلمهم تعبيرات السلوك غير اللفظي وفنيات الاستماع الفعال، وأثره في إيصال الشعور بالاهتمام والانتباه للطرف الآخر. أيضا يسهل السلوك غير اللفظي والاستماع الفعال فهم المقصود من رسالة الشخص المتحدث بالشكل المناسب، وأن ممارسة هذه الفنيات في الحياة اليومية يعد أمراً مفيداً، ويسهم في جعل التواصل والعلاقات الاجتماعية أفضل

. تتم نمذجة كيفية استخدام تعبيرات السلوك غير اللفظي والاستماع الفعال من قبل المدرب وأحد المشاركين، حيث يلعب المدرب دور المستمع ويلعب الآخر دور المتحدث.

. يناقش ما تم نمذجته من قبل المشاركين بشكل جماعي.

–. يطبق التمرين التالي: –

التمرين(1) تطبيق مهارات السلوك الحضوري التي تدل على الاستماع.

أهداف التمرين: –

1– أن يمارس المشاركين مهارة السلوك الحضوري.

إجراءات التمرين: –

– تقسم المشاركين إلى مجموعات صغيرة، كل مجموعة تتألف من اثنين.

– يتحدث المشاركون في المجموعات الصغيرة لمدة خمس دقائق، مع مراعاة السلوكيات والإيماءات التي تدل على الاستماع الفعال (مهارات السلوك الحضوري).

– بعد انتهاء الدقائق الخمس، تطلب المدربة من المستمع أن يلخص ما سمعه.

– ثم يتم عكس الأدوار، بحيث تستمع إلى من يتكلم، وتتكلم إلى من يستمع.

– بعد ذلك تناقش الأسئلة الآتية:

كيف شعرت أثناء استماع زميلك لك؟ ما دليلك على أن زميلك قد استمع لك؟ ·

ملاحظة: –

توزع المرشدة أوراقا عليها مواضيع يمكن أن يناقشها المشاركين مثل: –

– مناقشة أمور خاصة في حياته.

– الحديث عن هواياته، وطموحاته.

– قرار هو بصدد اتخاذه.

– الأولاد وكيفية العناية بهم وحمايتهم.

– تعرض المرشدة أهمية تعبيرات السلوك غير اللفظي والاستماع الفعال وأثره في تحسين العلاقات الإنسانية، فيقول: "عندما تستمع لشخص آخر بشكل جيد، فإنك تفهم ما يقول وتفهم مشاعره، وهذا يؤدي إلى تشجيع الشخص على أن يأخذ موقفا جديدا ويفهم ما يدور حوله."إن التواصل الإنساني باستخدام السلوك اللفظي اللغوي، واستخدام تعبيرات السلوك غير اللفظي،

وإتقان مهارة الإصغاء، أو الاستماع الجيد يساعد الشخص على تجميع معلوماته ويشكل بداية لحل مشكلته بنفسه، أو أن يجرب بعض البدائل.

– تناقش فوائد السلوك غير اللفظي والاستماع من قبل المشاركين بشكل جماعي.

– تناقش المرشدة مبدأين أساسيين في التواصل، وهما: –

أ–المبدأ الأول: أن الرسالة التي تُرسل لفظياً ليست دائما هي التي يتم استيعابها، مثلا الأصدقاء يفترضون أنه بمجرد إخبار أقرانهم شيئا ما فإن هذا الشيء سيكون مفهوما تماما.

يناقش المرشد هذا المبدأ، ويطلب من المشاركين إعطاء أمثلة من حياتهم، وخاصة ما يتعلق بمواقف تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات، ويعزز من يشترك، بإعطاء أمثلة من خبرته من قبل المرشد والمشاركين.

ب–المبدأ الثاني: أن الرسالة غير اللفظية التي تُرسل ليست دائما يتم استيعابها، فأشكال السلوك غير اللفظي عرضة لعدم الفهم.

– يناقش المرشد المبدأ الثاني مع المشاركين، ويتم إعطاء أمثلة على ذلك من قبل المرشد والمشاركين.

– تلخيص الجلسة:

– تلخص المرشدة ما دار في الجلسة، ثم تكلف المشاركين بواجب بيتي، وهو أن يطبقوا مهارات السلوك غير اللفظي، ومهارة الاستماع الفعال في مواقف حياتية ومنها ما يتعلق بمواقف تعاطي

العقاقير الخطرة والمخدرات. ويقدموا تقريرا في الجلسة القادمة، ويقوم المرشد بتدريب المشاركين على أداء هذا النشاط أثناء الجلسة من خلال لعب الدور.

– تشكر المرشدة المشاركين على المشاركة والحضور، وتذكرهم بموعد الجلسة القادمة.

– الواجب المنزلي:

أ–على كل مشارك تطبيق تعبيرات السلوك غير اللفظي ومهارة لاستماع الفعال في مواقف حياتية ومواقف تتعلق بالتعاطي، وتقديم تقرير بذلك في الجلسة القادمة.

ب–توزع المرشدة على المشاركين نموذج مهارة الاستماع الفعال والسلوك الحضوري،

(Johnson, 2000) عملية التسجيل (الشناوي، 1996).

المواد اللازمة: كمبيوتر وشاشة عرض، السبورة، طباشير، أوراق، نموذج الواجب المنزلي.

الجلسة السادسة:(أنا متفق مع نفسي والآخرين)

أ-الهدف العام للجلسة:

الاتفاق بين ما يشعر به الإنسان وما يفعله.

ب-الأهداف الخاصة للجلسة:

1-أن ينفس المشتركين عما يجول داخلهم من مشاعر وأحاسيس، يجدوا صعوبة في كلامها

2-أن يفرغ المشتركين من أجسامهم الشحنات السالبة، والكبت والانفعالات ليصبو إلى الصفاء الروحي

ت-الوسائل والأساليب المستخدمة:

1-العصف الذهني

2-الصلصال ومواده

3-موسيقى

4-إلقاء نكتة

5-الواجبات المنزلية

ث-الإجراءات التطبيقية:

1-ترحب المرشدة بالمشاركين وتشكرهم على حضورهم بالوقت المحدد

2-مناقشة الجلسة السابقة من قبل المرشدة والمشاركين

3-مناقشة الواجب المنزلي

4-تشرح المرشدة للمشتركين معنى التوافق بأنه: رضا الشخص عن ذاته، وقناعته نحو الشيء المنجز عن رغبة وقصد مسبقين، وهو تطابق مع الذات الإنسانية بشكل كبير وفيه يكون الفرد صادقا مع نفسه والآخرين في تصرفاته وسلوكه، ويعيش بتناسق مع المجتمع الذي يكون فيه.

نشاط:

إحضار عدد من الصور المختلفة، ولاصق وورقة كبيرة للصق الصور عليها ومن ثم تطلب المرشدة من المشتركين اختيار الصور التي يودون جمعها ومن ثم لصقها، على الورقة البيضاء الكبيرة.

الهدف من النشاط:

معرفة المشتركون لمعنى التوافق بجمع الصور.

-عند الانتهاء من النشاط تسأل المرشدة المشتركين عما تم قصه ولصقه باللوحة البيضاء.

- تعطي المرشدة المجال للمشتركين بتبرير قصهم للصور، ولصقها.

جلسة الصلصال:

- عند الانتهاء من النشاط تبدأ جلسة الصلصال، وذلك بأخذهم لمشغل الصلصال.

- تهيئ المرشدة المشتركين للصلصال وتفسح لهم الحرية، بعمل أشكال غير مقيدة بفكرة محددة.

- تعطي المرشدة الحرية للمشتركين باختيار أغنية أثناء عملهم بالصلصال وإعطائهم الوقت الكافي وعدم التقيد بالساعة.

– عند انتهاء المشتركين من الصلصال، يقدم كل مشترك تفسيرا لانجازه.

– تلخص المرشدة الجلسة، ومن ثم تطلب منهم الواجب المنزلي وهو ابتكار نشاط لمعنى التوافق.

– توزع المرشدة الأوراق والأقلام على المشاركين لكتابة أفكارهم وابتكاراتهم لمعنى التوافق.

– تلخص المرشدة الجلسة بمساعدة الأعضاء، تشكر المرشدة المشتركين على حسن الإصغاء وتشرح لهم الواجب البيتي وهو:

الشكل	ماذا يعني لك؟	إحساسك وأنت ممسك الصلصال!

الجلسة السابعة: (الآداء الحركي)

الهدف العام للجلسة:

التخلص من الشحنات السالبة في الجسد

الأهداف العامة للجلسة:

-التخفيف من التوتر العام

- التخفيف من القلق

- تفريغ قدر كبير من الشحنات السالبة

-الوسائل والأساليب المستخدمة:

- شريط تسجيل يحتوي الموسيقى المخصصة للحركات

الإجراءات التطبيقية: -

-ترحب المرشدة بالمشتركين، وتشكرهم على التزامهم بالموعد المحدد على الحضور

- تناقش المرشدة مع المشتركين الواجب البيتي، وتستمع لهم لمدة ربع ساعة

- تشرح المرشدة للمشتركين عن فوائد الحركة والتنقل بالجسم وتطلب منهم الاستعداد لمشاهدة القرص المدمج الذي يحتوي المادة، وتطبيق ما يرونه فيها مع تشغيل الموسيقى التي يرغبوا بمصاحبة تأدية الحركات المطلوبة.

- تستمع المرشدة للمشتركين عن شعورهم بعض تأدية بعض الحركات.

- تلخص المرشدة وقائع الجلسة بمساعدة الأعضاء، تشكر المرشدة للمشتركين تفاعلهم أثناء الجلسة وتعطيهم الواجب البيتي وهو:

شعور ضاغط	تأدية حركات إيقاعية بمصاحبة أغنية مفضلة	شعورك بعد النشاط

الجلسة الثامنة: (أنا أرسم)

الهدف العام للجلسة:

إطلاق الشعور المكبوت والغير مصرح عنه لفظيا

الأهداف الخاصة للجلسة:

-التصريح عن الشعور غير المنطوق

- التعبير عن مشاعر مستترة

- التنفيس الانفعالي لرؤية الألوان

- اكتشاف مهارات لأول مرة

الوسائل والأساليب المستخدمة:

أوراق للرسم

ألوان للرسم

مناقشات جماعية

الإجراءات التطبيقية:

-تشكر المرشدة المشتركين على الحضور بالموعد المحدد، وتناقش معهم الواجب البيتي لمدة ربع ساعة وتستمع لآرائهم.

– تشرح لهم مجرى الجلسة وتطلب منهم مطلق الحرية باختيار الموضوع الذي يودوا رسمه، ومن ثم تهيئهم نفسيا للاندماج مع الرسمة ومن ثم تترك لهم المجال للرسم والتلوين بحرية مطلقة

– تناقش المرشدة مع المشتركين ما رسموه، الملحق (10) رسوم المدمنين خلال برنامج العلاج التعبيري، وما يعني لهم وتسجل ملحوظاتها على كل رسمة.

– تلخص المرشدة الجلسة بمساعدة الأعضاء، تشكر المرشدة المشتركين على التفاعل معها بالجلسة وتعطي لهم الواجب البيتي وهو:

كتابة قصة روائية	كتابة قصة بالرسم

الملحق (10)

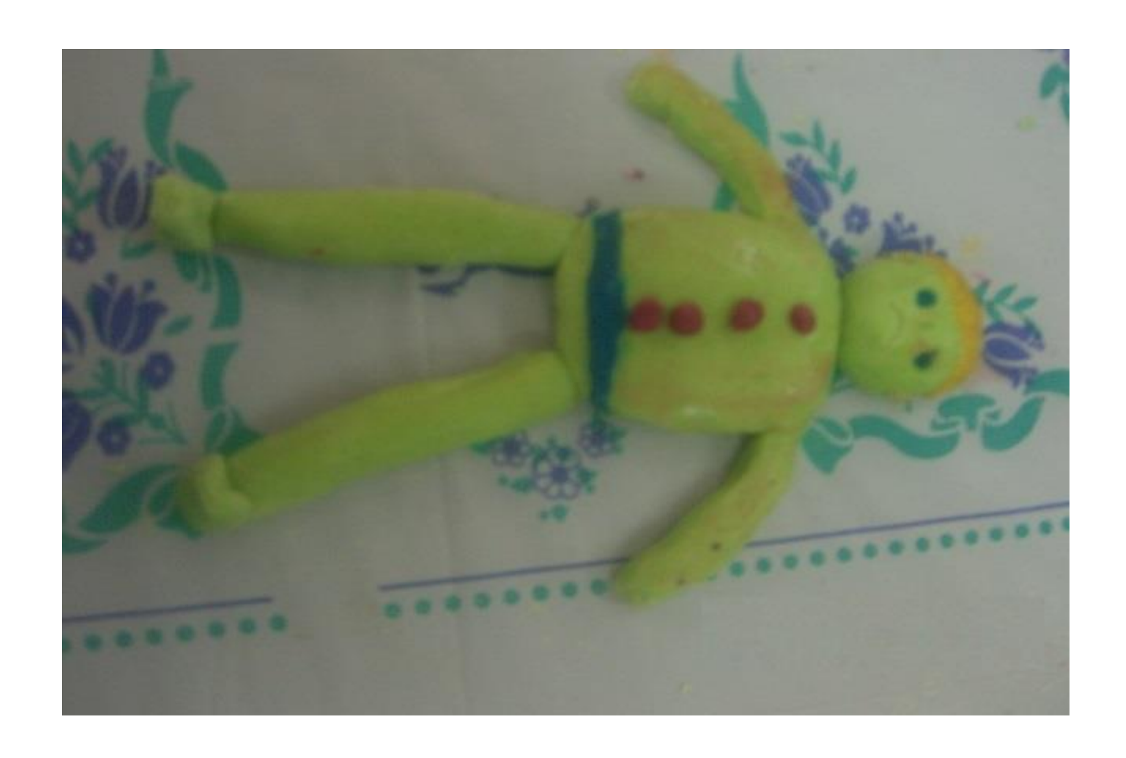
بعض من الرسوم التي رسمها المدمنون



الرسمة رقم (1)



الرسمة رقم (2)



الرسمة رقم (3)



الرسمة رقم (4)



الرسمة رقم (5)



الرسمة رقم (6)



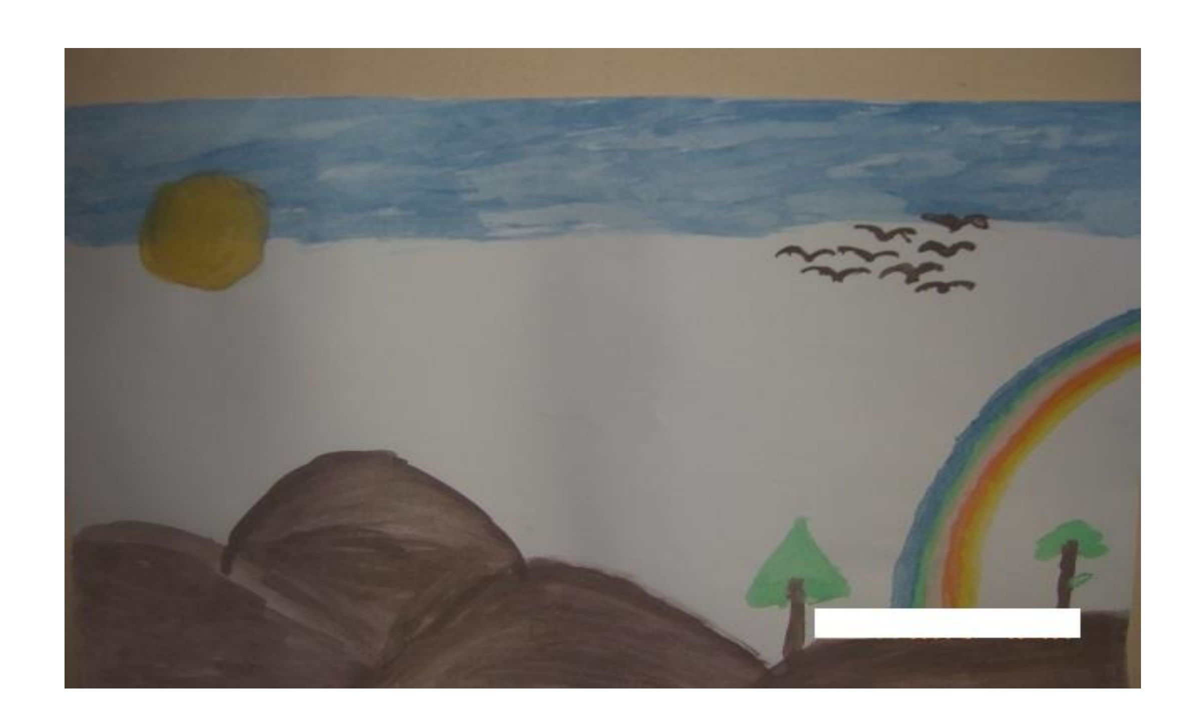
الرسمة رقم (7)



الرسمة رقم (8)



الرسمة رقم (9)



الرسمة رقم (10)



الرسمة رقم (11)

الجلسة التاسعة: (السيكودراما)

الهدف العام للجلسة:

-تفريغ انفعالات الفرد ومشاعره الدفينة من خلال تمثيل أدوار لها علاقة بالمواقف التي حدثت له في الماضي أو التي تحدث في الحاضر أو التي ستحدث له في المستقبل حيث توافر العلامات التي تنذر لحدوثها، ليتحقق له الشفاء من أي صراع يدور بداخله.

الأهداف الخاصة للجلسة:

-التنفيس الانفعالي للفرد

- التعبير عن مكنونات الذات

- قلب الأدوار لرؤية الحدث من زاوية أخرى

الوسائل والأساليب المستخدمة:

-مناقشات جماعية

- عمل فريقين

- صلصال

الإجراءات التطبيقية:

-ترحب المرشدة بالمشتركين، وتشكر لهم حضورهم بالموعد المحدد

- تناقش معهم الواجب البيتي لمدة ربع ساعة وتستمع لآرائهم.

– تقسم المرشدة المشتركين إلى فريقين، بحيث الفريق الأول المكون من 6 مشتركين لعمل دراما أو تمثيلية فيها يقلد المشتركين المشكلة التي يعاني منها في عائلته ويتقمص دور من له مشكلة معه في العائلة.

– أما الفريق الثاني فتعطي لهم المرشدة الصلصال لعمل شخصية يريد المشترك بتوصيل فكرة له ولكن بسبب الخجل أو أي سبب آخر لم يتمكن من إيصال هذا الشعور أو الفكرة له ومن ثم يحاكيه، ويعبر عما يكنه له.

– تناقش المرشدة معهم وتستمع لآرائهم حول الموضوع مع استيضاح الشعور والتخلص من المشاعر المعلقة وتصريفها بشكل صحي وسليم

– تلخص المرشدة الجلسة بمساعدة الأعضاء، وتشكر المرشدة للأعضاء حسن تفاعلهم أثناء الجلسة، ومن ثم تعطي لهم واجبا بيتياً وهو

شعور معلق	طريقة تصريفك له

الجلسة العاشرة: (الجلسة الختامية وتقييم للبرنامج الإرشادي وتطبيق للمقاييس على المشاركين).

أ-الأهداف العامة للجلسة:

- جلسة ختامية وتقويم للبرنامج الإرشادي وتطبيق للمقاييس على الأفراد المشاركين.

ب-الأهداف الخاصة للجلسة:

1. تقويم للبرنامج الإرشادي من خلال المشاركين أنفسهم.

2. تطبيق المقاييس على المشاركين.

ت-الوسائل والأساليب المستخدمة:

1. مناقشات جماعية.

ث-الإجراءات التطبيقية:

ترحيب المرشدة بالمشاركين وشكرهم على حضورهم والتزامهم.

. مناقشة للواجب المنزلي للجلسة السابقة لمدة (10) دقائق.

. تطلب المرشدة من بعض المشاركين أن يلخص كل منهم ما دار في البرنامج الإرشادي بشكل عام.

. تطلب المرشدة من كل عضو من الأعضاء المشاركين أن يقوم خبرته في المجموعة، وتحديد الأشياء التي حصل عليها ويعتقد أنها غيرت من سلوكه خارج المجموعة.

. تطلب المرشدة من كل عضو من المشاركين أن يقول جملة يصف بها أداء المجموعة.

. تطلب المرشدة من كل عضو في المجموعة أن يعرض وجهة نظره في البرنامج بشكل عام.

. في نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على اشتراكهم في هذا البرنامج الإرشادي، ملخصة أهم ما تم تناوله خلاله، ومعرجةً على أهداف البرنامج لكي يقوم كل عضو مدى استفادته منه، بالتركيز على أهمية تطبيق ما تم التدريب عليه خلال الجلسات في الحياة الواقعية، ومدى التغيير الذي طرأ على فلسفة المشاركين في الحياة.

9. وأخيراً، تنهي المرشدة البرنامج الإرشادي، وتشكر جميع المشاركين على مشاركتهم والتزامهم طوال جلسات البرنامج، وعلى الروح الايجابية التي أبداها، والتزم بها كل منهم خلال الجلسات، وتتمنى لهم جميعا النجاح والتوفيق، وأن يكون ما تعلمه كل منهم قد أفاده في تكوين فلسفة جديدة للتفكير والتعامل مع المواقف الحياتية التي توجهه أو ستواجه في المستقبل. ومن ثم تخبرهم أن البرنامج الإرشادي قد انتهى، وعلى أحسن حال. ثم تقوم المرشدة بوداعهم بعد تحديد الموعد زمانا ومكانا للقاء من أجل أن يتم تطبيق مقاييس الدراسة عليهم، وذلك من أجل متطلبات التجربة وإجراءات الدراسة.

انتهى البرنامج الإرشادي

THE HASHEMITE UNIVERSITY
The Presidency



الجامعـــة الهاشمـيـــة
رئاســـة الجامعـــة

الرقم ٢٦/٤٠/٧٥٦ التاريخ الموافق ١٠/١٣/٢٠١٣م

عطوفة رئيس مركز معالجة المدمنين/الأكــــرم

المقدم مازن فايز مقابلة

تحية طيبة وبعد ،،،

فأرجو التكرم بالموافقة والإيعاز للمعنيين لديكم لتسهيل مهمة طالبة الماجستير " صفية عبد الرحيم شعار " (١٠٧٠١٢٣) تخصص إرشاد اسري/كلية العلوم التربوية/الجامعـــة الهاشــمية، وذلك لتوزيع الاستبانات وتطبيق الدراسة الخاصة بالبرنامج الإرشادي الخاص برسالتها لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير، والموسومة بـــ:

" **أثر العلاج بالتعبير في تطوير مهارات التواصل والتوافق لدى المدمنين في مراكز علاج سوء استخدام المواد المخدرة** "

علماً بأن الفئة المراد توزيع الاستبانة وتطبيق البرنامج الإرشادي علـيهم هـم المـدمنين الخاضعين للعلاج في مركز معالجة الإدمان.

شاكرين لكم حسن تعاونكم مع الجامعة الهاشمية وطلبتها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

ق.أعميد كلية العلوم التربوية

الدكتـور أيـمن العمـري

هاتف: (٣٣٣٣ ٣٩٠ ٥ ٩٦٢) - ناسوخ - (٦٦١٣ ٣٨٢ ٥ ٩٦٢) - ص.ب (٣٣٠١٢٧) - الرمز البريدي (١٣١٣٣) الزرقاء / المملكة الأردنية الهاشمية
Phon No. (962 5 390 3333) - Fax (962 5 382 6613) - P.O.Box (330127) Postal Code (13133) Zarqa - The Hashemite Kingdom of Jordan
E-mail: huniv@hu.edu.jo

ملحق رقم (12)

عقد اتفاق (بروتوكول)

الاسم..

العمر..

وحيث أنه وقع على الاختيار في أن أكون أحد المشاركين في البرنامج الارشادي الذي تنظمه الباحثة، فإني ألتزم بما ورد في هذا العقد المتعلق بتنظيم عمل المشاركين من المدربة بحسب الشروط التالية:

1) أعلم أن هذا البرنامج سوف يستغرق (10) أسابيع تقريبا، وأتعهد بأنني سوف أشارك في هذا البرنامج طيلة هذه المدة.

2) حضور الجلسات في المواعيد المحددة بالضبط.

3) الانتباه لما يقوله المشاركون واحترام آرائهم.

4) المشاركة في النشاطات وتشجيع الأعضاء على المشاركة.

5) الإصغاء الفعال والاهتمام بمشكلات المشاركين.

6) الاحترام المتبادل.

7) الحفاظ على السرية التامة لما يقال في الجلسات من قبل الباحثة والمشاركين.

8) القيام بالواجب، بهدف اتقان تعلم المهارة والتدريب عليها في المركز حيث يناموا ومناقشتها في الجلسة اللاحقة.

أية شروط أخرى:

أ-...

ب- ....

ج- ....

د- ....

ومن حق المرشدة/المدربة على الأعضاء المشاركين:

1-..

2- ....

3- ....

4- ....

أوافق أنا /: .... على ورد مع الأعضاء المشاركين والمرشدة حسب هذا العقد، وبناء عليه أوقع.

توقيع المشارك: ....

توقيع المرشدة/المدربة: ....

نسخة للمشارك

نسخة للمرشدة

(عامر،2005)

ملحق (13)

أسماء المحكمين للمقياس والبرنامج العلاجي

الأستاذة الدكتورة سهام أبو عيطة	الجامعة الهاشمية
الدكتورة سعاد غيث	الجامعة الهاشمية
الدكتورة رندة محاسنة	الجامعة الهاشمية
الدكتورة تغريد العلي	الجامعة الهاشمية
الدكتور كايد عمرو	الجامعة الهاشمية
الدكتور النفسي ريكان الدليمي	المركز الوطني لعلاج الادمان
الدكتور إبراهيم باجس	جامعة العلوم الإسلامية
الدكتورة نايفة الشوبكي	جامعة البلقاء التطبيقية
المقدم مازن مقابلة	مركز علاج الإدمان
معلمة التربية الفنية هدى شقيرات	مدرسة كلية المجتمع الاسلامي

Abstract

The Effect of Using Expressive Therapy in Developing Communication Skills and Adjustment among Drug Addicts

By
Safyeh Abdellrahim Mahmoud Al-Shaar
Supervisor
Dr. Jalal Kayed Damrah
Assistant professor

This study aimed to test the effectiveness of the expressive therapy program in developing communication and adjustment skills for drug addicts who were residing in addiction treatment center located in Amman, Jordan. The members (n = 24) of this study were selected in purposive way, and were randomly assigned to two groups: The experimental group which consisted of (12) addicts and the control group which consisted of (12) addicts also.

To achieve the objectives of the study, the researcher developed a communication scale, and used a measure of psychological adjustment, and designed the therapeutic program, which had been prepared in accordance with the group expressive therapy, and consists of 10 sessions. To verify the questions of the study, analysis of covariance (ANCOVA) were used for each of the study variables.

The results of the study regarding the effectiveness of the treatment program based on the use of expressive activities, indicated to the improvement of experimental group significantly in the two types of communication skills, verbal and non-verbal, and the improvement in adjustment skills.

The study recommended need for designing and conducting further studies to investigate the expressive therapy for addicted teens, use therapeutic programs based on expressive therapy in drug abusers treatment centers, and the need to include family members in these therapeutic programs in order to maximize the benefit more fully to residential addicts.

Key Words: Expressive Treatment; Communication Skills; Adjustment; Drug Addicts.